2e Année. — N° 1. 1er Décembre 1850.

Ce Journal paraît deux fois par mois, le 1er et le 15.

Les lettres non affranchies sont refusées.

6 FRANCS PAR AN

POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.

On ne s'abonne que pour un an du 1er décembre de chaque année.

7 fr. 50 c. pour l'Étranger sans échange postal.



REVUE CLINIQUE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

JOURNAL DES MÉDECINS PRATICIENS

PUBLIÉ SOUS LES AUSPICES ET AVEC LE CONCOURS

DES PRINCIPAUX MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

BUREAU D'ABONNEMENT, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38.

L'Administration ne pouvant faire traite sur les souscripteurs, il est indispensable que le prix d'abonnement soit adressé *franco* au directeur de la *Revue Clinique.*

Le meilleur mode d'abonnement, c'est la poste. — Les frais d'un mandat de poste de 6 fr. sont de 12 centimes seulement.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité de médecine pratique et de pathologie médicale, par le professeur Piorry. (8e et dernier volume.) In-8°. Prix : 8 fr. le vol. Librairie de J.-B. Baillière.

Ce volume est le dernier d'un immense travail entrepris il y a près de dix ans par l'infatigable et ardent professeur M. Piorry. L'auteur a terminé son grand traité de pathologie par l'étude si intéressante et si ardue des affections du système nerveux considéré dans son ensemble et dans ses diverses parties. Pour les premières (maladies du système nerveux considéré dans son ensemble), M. Piorry a créé le nom assez heureux de *névrosystémies;* pour celles qui ont leur siége dans les extrémités des nerfs, dans les organes (viscères et dermes), il les désigne sous le nom de *névropériphéries.* Signalons en passant une forme nouvelle de névropathie que l'auteur appelle *névropallies,* et qui comprend un grand nombre de névroses, les migraines, plusieurs des phénomènes observés dans la chair, l'épilepsie, l'hystérie, etc.

Comme travail d'ensemble, personne ne peut nier que le grand ouvrage de pathologie que vient de terminer M. Piorry ne soit un remarquable monument scientifique qui restera, une collection précieuse à laquelle les médecins feront de fréquents emprunts.

Traité pratique de l'inflammation de l'utérus, de son col et de ses annexes, par le docteur Bennett; traduit de l'anglais par le docteur Aran. 1 vol. in-8°. Prix : 5 fr. Librairie de Labé.

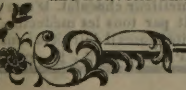
Ce livre est un bon résumé des observations faites par l'auteur dans sa nombreuse clientèle depuis plusieurs années, sur les maladies de l'utérus. On y trouve un choix de faits détaillés apportés comme pièces à l'appui dans chaque série d'affections de l'appareil génital de la femme. Cet ouvrage, éminemment pratique, répond à une lacune qui existait en pathologie. En effet, au milieu de toutes les monographies qui surgissent chaque jour, il n'est pas un livre où se trouve fidèlement et complétement tracée l'histoire des maladies de l'appareil utérin. C'est ce *desideratum* que s'est efforcé de combler M. Bennett, et l'on peut dire qu'il y est souvent parvenu; un reproche cependant que nous ne pouvons nous dispenser de lui adresser, c'est, ou d'avoir prétendu ramener toutes les maladies utérines à l'inflammation, ce qui n'est pas exact, ou de n'avoir pas essayé de faire un traité complet de *toutes les maladies* de l'utérus et de ses annexes; erreur ou lacune, nous avons lieu d'espérer que l'auteur modifiera son travail sous ce rapport dans une nouvelle édition.

Guide théorique et pratique pour la guérison des hernies, et nouveaux moyens à l'aide desquels tout malade peut juger son état, diriger son traitement, etc., par le docteur Cresson-d'Orval. 1 vol. in-8. Prix : 5 fr. Librairie de Labé.

Nous ne savons en vérité si dans un recueil scientifique sérieux nous devrions faire figurer ce livre. Comme l'indique son titre, il est destiné non aux médecins, mais aux malades, auxquels l'auteur a eu la prétention d'apprendre la nature de leur affection, son siége, les altérations organiques qui l'accompagnent ou la déterminent, et bien plus encore, le traitement à mettre en usage pour la guérir. Si la cure des hernies n'exigeait ni plus de soins ni plus d'habileté que semble n'en réclamer M. Cresson-d'Orval, on se demanderait avec quelque raison pourquoi de nombreux auteurs et des plus distingués, les Pott, les Scarpa, les Cooper, les Dupuytren, les Cloquet ont consacré tant de veilles à étudier autant qu'il a été en leur pouvoir les questions souvent obscures qui se présentent dans l'histoire des hernies. De ces recherches, de ces travaux, plus n'est besoin aujourd'hui. M. Cresson-d'Orval enseigne aux malades à se passer des médecins, comme aussi aux femmes, qu'il instruit des moyens à l'aide desquels elles parviendront à guérir les déplacements de l'utérus. Ce simple exposé nous dispense d'entrer dans de plus amples détails sur cet ouvrage.

Nouveau formulaire magistral, précédé d'une notice sur les hôpitaux de Paris, de généralités sur l'art de formuler, suivi d'un précis sur les eaux minérales, par Bouchardat. 5e édition. 1 vol. in-18. Prix : 3 fr. 50 c. Librairie de Germer-Baillière.

Cinq éditions de ce livre en moins de dix ans, c'est là évidemment le plus complet et le plus bel éloge que l'on en puisse faire. Aussi devons-nous dire que M. Bouchardat n'a rien négligé pour mériter l'approbation des médecins, des pharmaciens et des élèves, auxquels il s'adresse plus particulièrement. Nous retrouvons dans cette nouvelle édition tout ce que contiennent les précédentes; un grand nombre d'additions ont été faites à la liste déjà si nombreuse et si complète des formules qu'avait réunies l'auteur, et M. Bouchardat a de plus ajouté à son travail une courte notice sur les réactifs chimiques que le médecin est le plus souvent appelé à mettre en usage.



AVIS A NOS LECTEURS.

Tous les objets annoncés dans la REVUE CLINIQUE peuvent être demandés à l'administration du Journal : une personne est spécialement chargée de satisfaire à toutes les demandes des abonnés.

(*Ne pas manquer d'indiquer par quelle voie on désire recevoir les objets demandés.*)

BONNE CLIENTÈLE de médecin à vendre dans le département de Saône-et-Loire. On céderait la maison ainsi qu'une très-belle bibliothèque, riche en bons livres de médecine moderne. S'adresser au bureau du Journal.

L'INSTRUCTEUR-JARDINIER, fondé le 1er mars 1848, c'est-à-dire à une époque où disparaissaient la plupart des publications scientifiques, a régulièrement parcouru sa carrière, et a vu chaque jour augmenter le nombre de ses abonnés. Ses preuves sont faites.

Ce recueil est publié le premier de chaque mois, par livraisons de 24 et quelquefois de 48 pages de texte; elles contiennent de belles gravures coloriées, et sont ornées de lithographies quand l'intelligence du texte le rend nécessaire. Chaque livraison indique exactement les travaux à faire dans les jardins d'agrément et potagers, dans les serres, et les soins à donner aux arbres fruitiers; elle indique aussi tout ce qui se passe d'intéressant en horticulture en France et à l'étranger; elle donne la clef des nouvelles méthodes de culture et de la multiplication des végétaux; la description des arbres, des plantes et des fruits nouveaux; des notes scientifiques, des poésies, etc.

PRIX D'ABONNEMENT : Chaque volume, 6 francs.

Le troisième volume est en cours de publication.

Il est facultatif de souscrire, seulement pour l'année en cours de publication, au prix de 6 francs, ou bien de souscrire pour les 3 volumes pour 18 francs. Si l'on y ajoute 4 fr. 50 c., c'est-à-dire si on adresse un mandat de l'administration des postes, ou un bon sur une maison de commerce de Paris, de la somme de 22 fr. 50 c., on recevra immédiatement, *franco*, par la poste, le *Traité complet de la culture ordinaire et forcée des plantes potagères dans les* 86 *départements de la France*, les deux premiers volumes brochés de *l'Instructeur-Jardinier*, et les livraisons parues du troisième volume, et on recevra le 1er de chaque mois les livraisons qui doivent compléter le montant de la souscription.

TRAITÉ COMPLET DE LA CULTURE ORDINAIRE ET FORCÉE DES PLANTES POTAGÈRES DANS LES 86 DÉPARTEMENTS DE LA FRANCE, contenant le détail de toutes les opérations manuelles et les moyens d'améliorer cette branche de l'horticulture dans les contrées où elle est encore soumise au régime de la routine et de l'ignorance, par M. V. PAQUET, ancien rédacteur en chef du Journal d'horticulture pratique et de l'Instructeur-Jardinier; auteur du Traité de la culture des plantes de terre, de bruyère, du texte descriptif de la Centurie des plus belles Roses, du Traité de la conservation des fruits et des meilleures espèces à cultiver, de l'Almanach horticole, de l'Indicateur des poids et mesures métriques, etc. Ouvrage dédié à M. le ministre de l'Agriculture et du Commerce. — « Cet ouvrage, a dit la Société royale d'horticulture et d'agriculture de Liége, *qui comble une grande lacune* et qui atteste les connaissances et l'expérience de M. V. Pâquet, est le *Traité le plus complet et le plus consciencieux de l'intéressante culture des plantes potagères.* » — La société d'horticulture d'Amiens a décerné une médaille en vermeil à l'auteur; celle de Rouen a désigné l'ouvrage pour être donné en prix; celles de Metz, de Bordeaux, etc., lui ont également accordé des prix; et M. le ministre de l'agriculture a écrit à M. Vict. Pâquet pour le féliciter du *choix de cette matière, qui joue un si grand rôle dans notre agriculture.* « *Vous en avez bien apprécié l'importance*, ajoute M. le ministre, *et votre expérience personnelle l'a enrichie d'observations utiles et heureusement présentées. Je ne doute donc pas que cette publication ne contribue beaucoup au progrès d'une branche considérable du travail national.* »

Un volume in-12, de 408 pages. — Prix : 3 fr. 75 c. pris au bureau de l'Instructeur-Jardinier, et 4 fr. 50 c. par la poste. — Bureaux, rue de Sorbonne, 6.

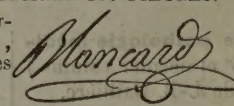
ON DÉSIRE trouver un jeune docteur en médecine pour le placer dans une localité avantageuse. — S'adresser à M. Veret, au secrétariat de la Faculté, ou chez lui, le matin, de 8 à 9 heures, rue des Francs-Bourgeois-Saint-Michel, 3.

A CÉDER une bonne clientèle de médecin à trois heures de Paris, près d'une station de chemin de fer. Produit, 5,000 fr. — Facilités pour le payement. — S'adresser au bureau du Journal.

MAISON DE SANTÉ du Dr LEY, allée des Veuves, 45 (champs Elysées). Traitement des maladies aiguës et chroniques. Opérations et accouchements. Bains et douches, vaste jardin. Le prix de la pension est modéré. Les malades y sont traités par les médecins de leur choix.

SIROP DE DENTITION

du Dr DELABARRE, dont l'application sur les gencives des enfants en bas âge les calme, facilite la sortie de leurs dents, et par conséquent les préserve des convulsions. — 3 fr. 50 le flacon. Anc. pharm. Béral, rue de la Paix, 14.



L'ACADÉMIE DE MÉDECINE a décidé (*séance du* 13 *août* 1850) : « Que le procédé de conservation » de ces Pilules offrant de GRANDS AVANTAGES, » serait publié dans le Bulletin de ses travaux. »

Exiger le *cachet d'argent réactif* et la signature.

PRIX: 4 FR. LE FLACON DE 100 PILULES.

Chez BLANCARD, pharmacien, rue de Seine, 51, à Paris, et dans toutes les bonnes pharmacies. *Blancard*

HUILE de FOIE de MORUE de HOGG et Cie

Pharmaciens, seuls Propriétaires.

2, RUE CASTIGLIONE, (à trois portes de la rue de Rivoli). Paris.

Fraîche, presque incolore, et sans odeur ni saveur; ordonnée par les médecins en raison de la richesse de ses principes médicamenteux, et parce qu'elle n'est pas désagréable à prendre comme les autres huiles. SURTOUT se méfier des contrefaçons, nos flacons et nos étiquettes ayant été imités Tous nos flacons doivent porter la signature de HOGG et Cie. Expéditions et remises.

POUDRE DE CHARBON

DU DOCTEUR BELLOC.

Approuvée par l'Académie de Médecine pour le traitement des maladies nerveuses de l'estomac et des intestins.

Dépôt à Paris, chez SAVOYE, *pharm., boulevard Poissonnière,* 4, *et dans toutes les villes.*

CHANGEMENT DE DOMICILE. Le sirop pectoral calmant de Johnson, préparé avec l'asperge, d'après la formule du professeur Broussais, le seul qui ait été employé dans les expériences de la commission de l'Académie de Médecine, se vend actuellement rue Caumartin, 6, à Paris.

Dans la séance de l'Académie de médecine du 2 avril 1833, Broussais déclara formellement que ce sirop avait été préparé, d'après sa formule, par Johnson, pharmacien ; et dans les ANNALES DE MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE, il écrivit : « *Ce » sirop, préparé chez M. Johnson, pharm., jouit, d'après » notre observation particulière, de la propriété de ralentir » les pulsations du cœur sans irriter l'estomac.* »

Les observations qui se sont continuées à la Pitié, à la Charité, à Beaujon, à Saint-Louis, ont démontré que l'accélération, l'augmentation, la force des battements du cœur, non liées à une hypertrophie de cet organe ont été souvent calmées par 2 à 4 onces de ce sirop prises dans les 24 heures.

Un grand nombre de faits attestent les avantages qu'il a procurés, à la même dose, dans le traitement des affections nerveuses, ainsi que les toux opiniâtres, les bronchites, les coqueluches, qui avaient résisté à tous les moyens préconisés. Il est donc important de ne pas confondre le sirop Johnson avec les contrefaçons.

MAISON SPÉCIALE D'ORTHOPÉDIE

POUR LES DÉVIATIONS DE LA TAILLE ET DES MEMBRES.

M. BÉCHARD, mécanicien-bandagiste, 20, rue de Richelieu, honoré de médailles d'argent en 1832, 1844 et 1849, pour les perfectionnements qu'il a introduits dans ses divers appareils, tels que corsets redresseurs, appareils pour jambes torses, pour piedsbots, ankyloses, nouvelles ceintures hypogastriques à développement et inclinaison, mains et jambes artificielles, plus légères et plus solides que celles employées jusqu'à ce jour, et imitant parfaitement la nature; bandages de tout genre, etc., etc.

SIROP ANTI-GOUTTEUX DE BOUBÉE.

Le Sirop ANTI-GOUTTEUX DE BOUBÉE a été une bonne fortune pour la thérapeutique. Avant lui, les médecins n'avaient aucun moyen d'enrayer un accès de goutte, de calmer subitement des douleurs atroces qui exténuent le malade, de prévenir ces concrétions tophacées qui paralysent les membres. Ce Sirop a mis ces moyens en leurs mains, et cela sans danger, ni dans son actualité, ni dans ses conséquences. Depuis sont apparus d'autres moyens dont l'efficacité reste à grande distance de notre Sirop; mais si dangereux par les spasmes, par les accidents graves qu'ils occasionnent dans les voies digestives, que leur emploi a dû épouvanter les plus intrépides. Le Sirop ANTI-GOUTTEUX DE BOUBÉE reste donc sans équivalent dans son efficacité comme dans sa bénignité. — S'adressant à Auch (Gers), à M. BOUBÉE, MM. les Pharmaciens et Médecins jouiront d'une forte remise. M. BOUBÉE n'expédie pas moins de six flacons. — Dépôt à Paris, à la pharmacie, rue Dauphine, n° 38.

RECHERCHES sur les Maladies des os désignées sous le nom d'OSTÉOMALAXIE, et Lettres sur la cause principale des morts subites,

Par le docteur G.-P. STANSKI.

In-8° avec six planches coloriées. 1850.

Prix : 3 fr. 50 c.

Chez Germer-Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, à Paris.



Deuxième année, N° 1. 1er Décembre 1850.

REVUE CLINIQUE.

SOMMAIRE.

BULLETIN DE LA QUINZAINE.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES. — Du rupia, par M. le docteur CAZENAVE, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

De l'arum triphyllum dans la phthisie pulmonaire, par M. le docteur A. POITEVIN.

Abcès du muscle psoas ouvert dans la cavité du péritoine, par M. le docteur STOKES.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES. — Extirpation de l'ovaire droit faite avec succès à l'aide d'une large incision péritonéale, par M. le docteur W.-L. ATLEE, professeur au collége de Pensylvanie.

Luxation dorsale du pouce. — Réduction à l'aide de la pince à extension de M. Charrière, par M. le docteur ROBERT, chirurgien de l'hôpital Beaujon.

De l'élévation dans le traitement des inflammations des extrémités, par M. le docteur LÉON GIGOT, de Levroux.

HYGIÈNE PUBLIQUE, MÉDECINE LÉGALE ET TOXICOLOGIE. — Examen microscopique d'un dépôt d'urate alcalin (tophus) dans les articulations du tarse, par M. le docteur ROUGET.

Du secret médical, par M. DE CASTELNAU.

CHIMIE MÉDICALE ET PHARMACOLOGIE. — Dragées d'iodure ferreux inaltérable, par M. GILLE, pharmacien à Paris.

Autres formules, etc.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. — Académie de médecine, séances des 19 et 26 novembre 1850. — Académie des sciences, séances des 18 et 23 novembre 1850.

NOUVELLES ET VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Bulletin de la quinzaine.

Nos lecteurs nous permettront de commencer ce bulletin par les remercier de l'accueil bienveillant que nous avons trouvé parmi eux. Nous avions foi dans notre idée et nous pensions avoir fait une chose utile à nos confrères, utile à la science, en fondant un journal sérieux à un prix qui convient aux plus modestes existences, à un prix inférieur même à celui des publications qui n'ont pas le caractère à la fois scientifique et pratique que nous avons voulu donner à la *Revue Clinique*. Mais les auteurs sont exposés à se faire illusion sur le mérite de leurs œuvres, et tant que nous n'avions pas pour nous la consécration de la faveur publique, nous pouvions craindre de nous être trompé. Rien, grâce à Dieu et à nos confrères, rien ne manque à notre conviction. Les nombreux témoignages de sympathie que nous avons reçus au renouvellement de notre année de publication sont venus nous prouver que nous ne nous étions pas trompé. Ces témoignages d'encouragement sont trop nombreux et quelques-uns trop flatteurs pour que nous puissions les consigner ici; nous devons nous contenter de remercier bien sincèrement les excellents confrères qui nous les ont adressés et qui ont bien voulu tenir compte de nos efforts.

Nous devons leur promettre surtout de redoubler ces efforts pour mériter de plus en plus cette faveur, qui, bien que déjà très-considérable, n'est pas encore, nous le croyons du moins, à son apogée. Nous avons le ferme espoir que ceux de nos confrères qui, trompés par des prospectus antérieurs, n'ont pas accepté avec confiance les promesses que nous faisions dans notre premier numéro de 1849, que ces confrères reviendront de leur incrédulité, qu'ils se rendront à l'évidence et qu'ils se convaincront qu'avec de l'activité, avec un peu d'habitude et du dévouement à son œuvre, on peut donner pour 6 francs par an un journal *sérieux* et contenant la substance de tout ce qui se fait d'utile dans la science médicale.

Après ce préambule, que nos confrères nous pardonneront sans doute, après un an de conversation exclusivement scientifique, nous reprenons le cours de nos travaux habituels.

La semaine a été moins féconde que les précédentes. Les deux faits les plus importants sont la publication d'un cas de tumeur de l'ovaire extirpée avec succès, et d'un article de M. Nélaton, dans la *Gazette des Hôpitaux*, sur le cancer du vagin. Cet article, qui n'est pas encore terminé, met en lumière une nouvelle méthode de traitement que nous aurons soin de faire connaître quand M. Nélaton en aura fait l'exposition complète.

Les académies n'ont cependant pas été muettes. M. Sestier a lu à l'Académie de médecine un travail intéressant sur l'importance de l'infiltration de l'arrière-gorge dans l'angine laryngée œdémateuse et des scarifications dans le traitement de cette maladie. L'infiltration de l'arrière-gorge avait déjà été signalée par plusieurs auteurs, et tout le monde sait que les scarifications ont été préconisées spécialement par Lisfranc, et ensuite par M. Legroux; il fallait donc de nouvelles observations pour donner plus de crédit ou d'importance qu'ils n'en ont encore à ces deux faits déjà connus. M. Sestier n'a produit que deux faits nouveaux à l'appui de la valeur diagnostique de l'infiltration; et ces faits, quoique ayant un intérêt que nous ne voulons point contester, nous paraissent de nature à fixer l'attention des praticiens sur ce symptôme, peut-être trop négligé, plutôt qu'à en déterminer d'une manière positive la valeur précise.

Dans cette séance M. Ferrus a continué la lecture de son important mémoire sur le crétinisme et le goître.

Dans la séance suivante, M. Roux a lu un mémoire très-intéressant sur l'anévrisme artérioso-veineux. Dans ce mémoire, qui a pour base cinq faits particuliers d'un grand intérêt, M. Roux a soulevé plusieurs questions importantes au point de vue de la théorie, et surtout de la pratique. Ces questions demandant à être mûrement examinées, nous attendrons, pour en faire l'appréciation définitive, que le travail du savant professeur soit livré à l'impression.

— A l'Académie des Sciences, la médecine a continué à occuper une place assez importante:

M. Brown-Séquard, dont le monde scientifique connaît la fécondité, peut-être un peu exagérée, a adressé un mémoire intéressant sur l'entre-croisement des fibres sensitives de la moelle, qui jettera une nouvelle lumière sur la physiologie de cet organe et sur plusieurs affections des centres nerveux, si les faits avancés par ce laborieux expérimentateur viennent à se confirmer.

M. Fleury a adressé une nouvelle note sur les effets vraiment merveilleux des douches froides. Mais dans ce travail, assez peu étendu pourtant, tant de doctrines se trouvent implicitement tranchées, qu'il faudrait une discussion longue et approfondie pour montrer le fort et le faible des opinions de l'auteur. Il faut donc attendre encore avant de se prononcer.

M. Landouzy, de Reims, qui semble se complaire dans les observations fines et délicates, a adressé un mémoire détaillé sur l'exaltation de l'ouïe dans l'hémiplégie faciale. Les résultats annoncés par l'auteur sont de nature à éclairer plusieurs points très-intéressants de physiologie et de pathologie.

M. Lassaigne a fait une intéressante communication sur quelques nouvelles propriétés chimiques découvertes dans le suc pancréatique, et M. Robin une autre sur les propriétés conservatrices de plusieurs substances, et en particulier de l'huile de houille (1). Si les observations faites par M. Robin se confirment, et l'habitude bien connue de ce jeune observateur ne permet guère d'en douter, les sciences anatomiques auront acquis un procédé précieux de plus.

(1) Nous donnerons dans notre prochain n° une analyse de ce travail, que l'abondance des matières ne nous permet pas d'insérer aujourd'hui.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES.

Du rupia.

PAR M. LE DOCTEUR CAZENAVE, MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS.

Le rupia appartient à l'ordre des affections bulleuses; comme le pemphigus, il a pour caractère un soulèvement de l'épiderme par un liquide séreux ou séro-purulent; mais, comme lui, il n'affecte jamais une forme aiguë et constitue une maladie essentiellement chronique, qui se développe toujours dans des conditions identiques; on ne l'observe, en effet, que chez des personnes dont la constitution a été affaiblie et détériorée soit par des maladies ou des influences hygiéniques fâcheuses, soit par des chagrins et des privations de toute sorte.

On peut voir dans nos salles un malade qui mérite à plus d'un titre de fixer notre attention : c'est un homme âgé de vingt-deux ans; il paraît fort et robuste, bien qu'on trouve chez lui quelques indices du tempérament lymphatique; il dit avoir toujours eu une nourriture saine et une habitation salubre. Il est venu réclamer nos soins, il y a sept mois, pour une éruption qui couvrait la plus grande partie de la face postérieure et supérieure du tronc, éruption qui avait donné naissance à des croûtes larges et épaisses, proéminentes à leur centre et peu consistantes. Ces croûtes étaient environnées d'une aréole très peu marquée; une pression légère, exercée à leur sommet, faisait sourdre à leur base un liquide purulent. Considérées isolément, elles ne pouvaient être prises que pour des croûtes de rupia; mais, si l'on venait à les examiner dans leur ensemble, si on remarquait qu'elles avaient leur siége sur le tronc et qu'elles y étaient réunies en grand nombre, tandis que le rupia présente à peu près constamment un petit nombre de croûtes dont les membres inférieurs sont ordinairement le siége de prédilection; si l'on se rappelait que le malade avait vécu au milieu de circonstances favorables, il était naturel de penser à l'existence d'une affection syphilitique. Nous restâmes longtemps indécis; les dénégations du malade ne nous empêchèrent pas de nous rallier à cette opinion. Il était possible que la syphilis eût été transmise par voie d'hérédité. L'insuccès complet d'un traitement antivénérien, et, à une époque plus éloignée, la chute des croûtes vinrent nous montrer que nous nous étions trompé. Lorsque l'inefficacité des préparations mercurielles fut reconnue, il nous parut convenable de suivre la méthode de traitement à laquelle nous avons habituellement recours dans le rupia et dans l'ecthyma, de laisser subsister les croûtes et de saupoudrer les parties malades avec de la poudre d'amidon; aucune modification ne se manifesta. Fatigué d'attendre une amélioration qui survient ordinairement dans l'espace d'un temps assez court, nous résolûmes de provoquer la chute artificielle des croûtes; nous trouvâmes des surfaces ulcérées, blafardes et saignantes, à bords inégaux, mais non taillés à pic, fongueuses en certains points, excavées en d'autres. Des cautérisations furent pratiquées avec le bi-iodure de mercure, dont nous avons plusieurs fois retiré de bons effets : elles demeurèrent sans résultat. La cicatrisation n'eut lieu qu'à partir du moment où le malade fut pansé avec un mélange de cérat et d'onguent styrax.

Les renseignements qui nous avaient été fournis ne nous permettaient pas de nous expliquer la production de la maladie d'une manière conforme aux données de la science sur ce point d'étiologie; une interrogation attentive et renouvelée nous a enfin appris que deux ans avant son entrée à l'hôpital le malade avait eu une fièvre typhoïde, à la suite de laquelle des *boutons*, qui ont en ce moment leurs analogues à la cuisse gauche, étaient apparus à la cuisse droite. Nous l'avons dit déjà, toutes les causes propres à débiliter l'économie peuvent être le point de départ du rupia; aussi le voit-on survenir chez des vieillards et chez des enfants, chez des personnes soumises à une mauvaise alimentation et souvent sur des malades qui ont échappé à de graves affections, parmi lesquelles se placent quelquefois la scarlatine et la rougeole. L'ecthyma se présente souvent dans les mêmes conditions; nous avons vu dernièrement un malade chez lequel il s'était déclaré à la suite d'une variole; on dit dans ce cas que l'éruption est une crise qui juge la maladie primitive.

On distingue plusieurs variétés de rupia; la plus commune est le *rupia simplex*. Elle est caractérisée par une bulle complétement remplie d'un liquide séro-purulent, qui s'affaisse ou se crève, dont le contenu s'épanche ou s'épaissit de manière à former une large croûte d'une épaisseur ordinairement très considérable, plus grande au centre qu'à la circonférence. On ne voit point d'aréole rouge comme dans le *rupia proeminens*.

Le *rupia proeminens* est au fond la même affection que le rupia simple, dont il diffère par quelques particularités de peu d'importance; comme lui, il offre des croûtes qui recouvrent toute l'étendue de la surface occupée par les bulles auxquelles elles ont succédé; autour des croûtes existe un cercle enflammé et blafard, qui, à une certaine époque, devient le siége d'un soulèvement bulleux. Les bulles de nouvelle formation affectent la même marche que les anciennes; elles donnent lieu à des croûtes dont le dépôt successif forme plusieurs couches concentriques qui s'élèvent incessamment par une superaddition résultant de la concrétion du pus sécrété à leur base.

Une dernière variété est le partage exclusif de l'enfance; elle se produit sous l'influence des causes diverses que nous avons énumérées et consiste dans une éruption de taches livides, au-dessus desquelles l'épiderme est rapidement soulevé par une sérosité sanguinolente. Le liquide épanché ne se coagule pas. Il survient des ulcérations couvertes d'une sorte d'eschare. Telle est la maladie que certains auteurs ont décrite sous le nom de *pemphigus gangrenosus* et que l'on connaît généralement sous la dénomination de *rupia escharotica*.

Le diagnostic du rupia est assez facile; si au début de la maladie il existe des bulles comparables à celles du pemphigus, plus tard il se forme des croûtes qu'on ne rencontre jamais dans cette dernière affection et qui n'ont aucune ressemblance avec la desquamation lamelleuse particulière à une espèce de pemphigus chronique que nous avons dit se rapprocher de l'impétigo par l'apparence extérieure.

L'analogie du rupia avec l'ecthyma est très grande; si l'on en croit certains dermatologistes, l'ecthyma consisterait dans l'inflammation d'un follicule unique, le rupia dans l'inflammation de plusieurs follicules. Nous n'avons pas à nous occuper ici de l'ecthyma aigu; l'ecthyma chronique peut seul devenir une cause d'erreur. Il se développe dans les mêmes circonstances et sous l'influence des mêmes causes que le rupia, mais il en diffère en ce qu'il est immédiatement constitué par des pustules; le liquide contenu dans les bulles du rupia n'offre jamais dès l'origine les caractères du pus, et ne devient séro-purulent qu'au bout d'un certain temps. Dans la première des deux maladies, l'éruption repose sur une base indurée qui suppure incomplétement; dans la seconde, elle repose sur des tissus dépourvus d'induration, mais qui suppurent dans toute l'étendue occupée par les bulles. Dans l'une, les croûtes recouvrent en partie seulement la surface qui était le siége de la lésion élémentaire; dans l'autre, elles dépassent les limites de cette surface : ajoutez qu'elles sont inégales et qu'elles ont moins de consistance. On a dit que l'ecthyma s'accompagnait de douleurs plus vives que le rupia; ce caractère n'est pas constant. Les pustules de l'un, et par suite les ulcérations et les croûtes, ont une forme mieux arrondie et plus nettement délimitée que les bulles, les ulcérations et les croûtes de l'autre. Mais, de toutes les différences qui séparent ces deux affections, la plus saillante est sans contredit la présence, à la périphérie des pustules de l'ecthyma, d'une induration et d'une aréole rougeâtre qui persistent pendant un temps très long.

Le traitement du rupia, lorsque les causes de la maladie ont été éloignées, se compose de tous les moyens propres à relever les forces épuisées : une bonne alimentation, les préparations amères et toniques, le quinquina et la gentiane suffisent dans la plupart des cas. Lorsque l'éruption est située sur les membres, ce qui arrive

presque toujours, le repos doit être prescrit. Il peut se faire que la maladie résiste à ce mode de médication, il devient alors nécessaire de faire tomber les croûtes et de cautériser ou de panser les ulcérations de diverses manières. Dans cette circonstance, la guérison est, en général, difficile à obtenir.

Il nous reste, pour compléter l'histoire du rupia, à dire quelques mots sur une forme de cette affection qui, à raison de sa nature spéciale, se produit avec des caractères bien distincts de ceux que nous avons signalés; nous voulons parler du rupia syphilitique. On sait que la syphilis peut revêtir tous les caractères des maladies de la peau pour constituer une grande classe d'affections, la classe des syphilides. De toutes les syphilides, la plus rare est la syphilide bulleuse, soit qu'on envisage le *pemphigus neo natorum*, soit que l'on considère le rupia syphilitique; encore faut-il ne pas oublier qu'on a souvent confondu l'ecthyma avec le rupia syphilitique. Quoi qu'il en soit, cette dernière maladie consiste dans des bulles remplies d'une sérosité trouble et noirâtre, bulles dont la forme est exactement arrondie. Au pourtour de l'épiderme soulevé existe une aréole rougeâtre, que l'on retrouve lorsque des croûtes ont succédé aux bulles. Nous n'avons pas besoin de mentionner la teinte spéciale et caractéristique de l'aréole. La formation des croûtes se fait avec lenteur; leur couleur noire rappelle le liquide de la dessiccation duquel elles proviennent; elles sont dures et cornées; leur largeur ne dépasse pas celle d'une pièce de cinquante centimes ou d'un franc. Les ulcérations qu'elles recouvrent, au lieu d'être inégales et fongueuses, ont une surface uniforme et plane dont les bords sont taillés à pic.

Le rupia syphilitique prend ordinairement la forme du *rupia simplex*, rarement il revêt celle du *rupia proeminens*; nous avons cependant vu une femme, qui avait contracté la syphilis d'un nourrisson par des gerçures du sein, présenter en même temps des croûtes de rupia simple et de rupia proéminent. (*Gaz. des Hôpit.*)

De l'arum triphyllum dans la phthisie pulmonaire.

PAR M. LE DOCTEUR A. POITEVIN.

L'*arum tryphillum* (de la famille des aroïdées, différant peu extérieurement de l'*arum vulgare* ou *pied-de-veau*), est, dans les Etats-Unis, un remède populaire contre la toux chronique et la fièvre lente. Ainsi que le fait remarquer, dans une note, le rédacteur du *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, ce remède a été également préconisé par plusieurs médecins américains, principalement par les docteurs Barton et Bigelow, qui en ont fait l'objet d'expériences suivies. M. Poitevin, se trouvant en position de se procurer cette plante à l'état frais, dans le pays même où il pratique (à Mobile, Etat d'Alabama), entreprit de l'essayer à son tour. Le mode d'emploi est le suivant. On fait macérer pendant cinq jours une once et demie d'arum coupé en petits morceaux dans un demi-litre de genièvre de Hollande. Le principe âcre ne se dissout pas, et le goût de la teinture est presque nul. Le malade en prend chaque matin une cuillerée à bouche dans un quart de verre d'eau sucrée.

Les termes du mémoire semblent indiquer que l'auteur n'a encore employé l'arum que dans trois cas d'affection pulmonaire chronique. Encore ne rapporte-t-il que deux observations, se contentant d'affirmer que le résultat a été le même dans la troisième. Dans les deux cas relatés, les symptômes rationnels étaient ceux de la phthisie pulmonaire au premier degré; mais il est à regretter, pour l'un d'eux au moins, que des détails stéthoscopiques bien circonstanciés ne soient pas venus assurer davantage le diagnostic.

Le sujet de la première observation était une demoiselle de vingt-deux ans, dont la sœur était morte quatre mois auparavant de la phthisie pulmonaire. Une hémoptysie assez abondante s'était répétée trois ou quatre fois: une toux très fatigante lui avait succédé; amaigrissement progressif, douleurs entre les omoplates, sueurs nocturnes, fièvre continue, anorexie, expectoration abondante, râle sous-crépitant humide à la partie supérieure du poumon droit. Différentes médications avaient été impuisantes. La malade fut mise alors à l'usage de la teinture d'arum. Le quatrième jour, la toux avait un peu diminué; le sixième, plus de fièvre ni de sueurs, la toux devient rare, l'appétit se fait sentir. Bien que le poumon soit, dit l'observation, en partie imperméable à l'air, la dyspnée est peu prononcée. L'arum est continué pendant un mois et demi.

A cette époque la santé était parfaite. Il est resté une petite induration du poumon; mais la respiration s'entend partout assez bien, excepté au niveau de la quatrième côte. Il reste pourtant une petite toux sèche, très rare. Ce résultat date déjà de neuf mois.

La seconde observation est relative à un professeur de littérature, chez qui un médecin appelé avait diagnostiqué une phthisie pulmonaire. M. Poitevin ayant succédé à ce médecin constata chez le malade, alité depuis quinze jours, les symptômes suivants: pâleur et maigreur prononcées, voix caverneuse et éteinte, douleurs erratiques de la poitrine, fièvre, sueurs, toux fréquente, crachats semblables à ceux qui proviennent d'une fonte de tubercules. Une hémoptysie avait eu lieu quelques jours auparavant. « L'auscultation, dit l'auteur, vint m'assurer que je ne m'étais pas trompé » (en diagnostiquant une phthisie pulmonaire). Pendant une courte apyrexie, on fait prendre au malade quelques grains de quinine unis au lactate de fer et à la thridace. Le lendemain, la fièvre est moindre, mais la faiblesse est extrême, le facies cadavéreux. On prescrit la teinture d'arum, le vin de Bordeaux, des viandes rôties. Une semaine suffit pour procurer un soulagement que le malade appelle guérison. Depuis lors (on ne précise pas le temps) le malade se sent très bien.

Quelle part faut-il faire, d'un côté à l'arum, de l'autre au régime topique, dans les résultats heureux du traitement? C'est ce qu'il serait difficile de déterminer. En tout cas, il y a là un encouragement à de nouvelles expériences. (*Gaz. Méd.*)

Abcès du muscle psoas ouvert dans la cavité du péritoine.

PAR M. LE DOCTEUR STOKES.

Le docteur Stokes a montré à la Société pathologique de Dublin un cas très-curieux d'inflammation du muscle psoas et de sa gaîne, indépendant d'une maladie du rachis et devenu fatal par son ouverture dans la cavité péritonéale.

Le malade était un homme d'environ quarante ans, qui avait été admis à l'hôpital Moth, le 8 janvier 1850, pour des symptômes de bronchite; il offrait aussi quelques phénomènes d'emphysème. Il fut traité par les moyens usités, et son état s'améliora tellement qu'il fut placé dans la salle des convalescents. Il continuait à aller bien lorsque, le 17 janvier, il fut pris pour la première fois d'une douleur dans la région iliaque gauche; il y avait de la constipation et un sentiment incommode de pesanteur. Le matin suivant, l'abdomen était tuméfié, et, immédiatement au-dessus du ligament de Poupart, existaient une tuméfaction et une dureté considérables donnant la sensation de deux bords séparés par un sillon. Il n'existait point de fluctuation. Aucun changement n'eut lieu les deux jours suivants. Alors, cependant, le malade fut saisi tout à coup d'une douleur violente dans la région ci-dessus mentionnée et s'irradiant dans tous les points de l'abdomen. Cette attaque fut immédiatement suivie de nausées, d'efforts de vomissement, de météorisme et d'une prostration extrême. Bientôt le malade tomba dans un sommeil calme et mourut le lendemain à deux heures du matin.

Autopsie. — Les viscères abdominaux étaient couverts de lymphe récemment épanchée; cinq ou six onces de matière purulente furent trouvées dans la cavité du bassin. Le péritoine était très vasculaire; la vessie était contractée et réduite au tiers de son volume ordinaire. Une ouverture irrégulière d'un pouce d'étendue environ existait sur la gaîne du muscle psoas, au niveau de la dernière vertèbre lombaire; au moyen de cette ouverture, la gaîne, qui contenait du pus, communiquait avec le péritoine. Il n'y avait aucune lésion des vertèbres. (*The Dublin quaterly Journ. of med. Science.*)

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Extirpation de l'ovaire droit faite avec succès à l'aide d'une large incision péritonéale.

PAR M. LE DOCTEUR W.-L. ATLEE, PROFESSEUR AU COLLÉGE DE PENSYLVANIE.

Comme le fait remarquer M. le professeur Velpeau, c'est surtout d'Angleterre et d'Amérique que nous sont venus les faits propres à éclairer la grave question de l'extirpation des ovaires dans les cas de tumeurs de ces organes. Mais ces observations, quoique déjà assez nombreuses, ne sont pas toutes assez détaillées ni même quelquefois assez authentiques pour

qu'on puisse apprécier d'une manière définitive les avantages et les inconvénients de l'ovariotomie. On ne lira donc pas sans un vif intérêt l'observation suivante, que nous empruntons au journal *The Amer. Journ. of the med. Science*, et qui n'est pas moins remarquable par la beauté du résultat que par la précision des détails.

Le 17 septembre 1848, je fus appelé auprès de Mme K..., de Philadelphie, pour donner mon avis sur une tumeur abdominale dont cette dame était atteinte. Avant de procéder à l'examen, j'obtins de la malade les renseignements suivants. Elle est âgée de vingt-neuf ans; réglée à quatorze ans. Pendant la première menstruation, elle prit froid; l'écoulement se suspendit tout à coup, et de fortes douleurs suivirent cette suspension. Les menstrues ne reparurent qu'au bout de deux ans. Depuis leur rétablissement elles ont toujours été régulières, quoique invariablement douloureuses et composées quelquefois de caillots. Mariée à vingt ans, elle a eu quatre enfants; le dernier, âgé de treize mois, est encore au sein. Trois semaines après son troisième accouchement, qui eut lieu le 1er mars 1846, elle fut prise d'une inflammation dans la fosse iliaque droite, où elle sentit une tumeur à peu près de la grosseur du poing, de forme oblongue, et tellement mobile alors qu'on pouvait facilement la saisir avec la main et la faire aller d'un côté à l'autre. Environ trois mois après, la malade fut atteinte d'une seconde inflammation dans le même endroit. Traitement énergique: saignées, sangsues, ventouses et vésicatoires. Néanmoins la tumeur persiste et reste douloureuse au toucher et augmente régulièrement, quoique avec lenteur.

Depuis la dernière parturition (1er septembre 1847) la tumeur a grossi avec rapidité; sa santé générale a été et continue d'être bonne. Toutefois la tumeur devient très douloureuse, surtout dans le décubitus honrizontal, ce qui fait que Mme K... dort fort peu. Depuis le troisième accouchement, chute *complète* de l'utérus, qui aujourd'hui pend entre les deux cuisses, dans la station. Depuis l'existence de ce prolapsus (sept ans), miction très difficile, et depuis un an difficultés presque aussi grandes pour la défécation; constipation habituelle.

Quand la malade se tient debout, et qu'on examine la tumeur à nu, on voit qu'elle retombe sur l'aine de manière à recouvrir la cuisse dans l'étendue de la largeur de la main. La grosseur de l'abdomen est celle qu'on observe dans une grossesse à terme.

Dans le décubitus dorsal, la tumeur paraît plus proéminente; elle remplit la fosse iliaque et la région lombaire du côté droit, la région hypogastrique et ombilicale en entier, et retombe sur la crête iliaque et sur l'aine, qu'elle recouvre totalement. En pressant sur les parois de l'abdomen autour de la tumeur, on sent qu'elle se prolonge profondément vers l'épine dorsale et le bassin, et l'on constate sur la surface antérieure un étroit sillon qui la parcourt obliquement de la région lombaire droite à la symphyse du pubis, et qui semble la diviser en deux portions inégales, la plus petite étant placée inférieurement; le tissu de la tumeur est très ferme, quoique légèrement élastique. Elle est si remarquablement proéminente qu'on peut la prendre dans les deux mains; mais, même en la saisissant ainsi, on ne peut la mouvoir d'une manière bien évidente, tant elle paraît solidement fixée; elle est plus ou moins douloureuse au toucher, et surtout à la pression pratiquée sur la partie supérieure. La peau, sur toute la surface de la tumeur, est mobile.

L'utérus est renversé et pendant entre les deux cuisses, entraînant avec lui le vagin; il est quelque peu tuméfié. Après quelques manœuvres, l'utérus et le vagin étant remis en place, je procédai à l'examen par le vagin et par le rectum; la surface arrondie et résistante de la tumeur peut être sentie, s'enfonçant profondément dans le bassin à droite, entre le rectum et le vagin, et là aussi n'ayant qu'une immobilité douteuse. Immédiatement après cet examen, l'utérus se renverse de nouveau.

A la percussion, tous les points occupés par la tumeur rendaient un son mat, et tous les autres étaient sonores. Les intestins étaient situés principalement du côté gauche; dans la région de l'ovaire gauche, il y avait aussi une apparence d'épaississement.

Cet examen causa dans la tumeur de la douleur et des élancements pendant deux jours.

Le 31 octobre, la tumeur a augmenté en volume; mais sous tous les autres rapports la malade est dans le même état.

Le 10 janvier 1849, je plonge un trocart dans la partie la plus proéminente de la tumeur au-dessous du sillon, dans une profondeur d'à peu près trois pouces; il fallut employer une force considérable pour le faire pénétrer. Néanmoins rien ne s'écoula par la canule, pas même du sang. Je laissai la canule en place, et j'y passai une sonde, qui alla se heurter contre une substance solide et très résistante; en essayant de retirer la canule, je rencontrai de la difficulté; elle était très solidement retenue par le tissu ferme de la tumeur; immédiatement après avoir retiré la canule, à peu près une once de sang veineux s'échappa. La malade n'éprouva que peu de douleur.

La peau étant incisée dans l'étendue d'un pouce jusque sur la tumeur, on voit que celle-ci est formée d'un tissu fibreux.

La surface de la tumeur, mesurée du milieu de la crête iliaque au pubis en suivant le sillon déjà décrit, a 15 pouces de long; mesurée de son bord interne supérieur, à peu près de deux pouces à gauche de l'ombilic; et, traversant au milieu de l'aine en coupant à angle droit la direction de la première mesure, sa longueur est de 13 pouces; la circonférence abdominale de la tumeur est de 26 pouces. Ces mesures, ainsi que la situation, la grandeur et l'apparence générale de la tumeur, seront mieux comprises en examinant la *fig.* 1.

La tumeur, à cette époque, était immuablement fixée dans sa position et augmentée encore en volume. La petite incision ne fut suivie d'aucun résultat fâcheux et se cicatrisa promptement.

Le 20, la tumeur augmente rapidement dans tous les sens, devenant de plus en plus incommode. Le sommeil était fréquemment interrompu; il y a des douleurs vives dans la tumeur et jusque dans les membres inférieurs.

Le 6 mars, la malade désire ardemment l'opération, qui est fixée au 15 du courant. L'utérus, quoique renversé, et la vessie sont dans l'état sain.

Le 13, la malade prend une dose d'huile de ricin le soir, et on lui recommande de ne prendre aucune nourriture solide; elle se soutint donc pendant le jour et la nuit qui suivirent la purgation avec des liquides et quelques aliments légers. Le matin du jour fixé, je trouvai ma malade dans d'excellentes conditions pour l'opération; son pouls était à 82.

Le 15, je procède de la manière suivante à l'opération, en présence et avec l'aide de MM. Grant, E.-A. Atlee, Darrach, Meckley, Mc. Intyre, Kaski, Hunter et Gobrecht:

La malade étant placée sur la table dans la position voulue, 30 ou 40 gouttes d'un mélange d'une partie de chloroforme et deux parties d'éther furent versées dans un mouchoir plié comme un entonnoir, lequel fut placé sur la bouche et sous le nez de manière à ne pas empêcher l'air atmosphérique de pénétrer; en moins d'une minute la malade perdit connaissance; quand l'insensibilité fut bien établie, je fis une incision s'étendant depuis la symphyse pubienne jusqu'au milieu de la crête iliaque du côté droit. Cette incision était curviligne, à convexité inférieure; elle avait 16 ou 17 pouces de long, et pénétra d'emblée jusqu'à la surface de la tumeur, qui était recouverte dans cette direction par une épaisse aponévrose provenant sans doute de cette portion des tendons réunis des muscles oblique interne et transverse. Toute la portion de tumeur située au-dessous du sillon déjà décrit était recouverte inégalement par cette expansion aponévrotique, à laquelle d'ailleurs elle était peu adhérente; la séparation en fut facile et rapide à l'aide de l'extrémité de l'index et du manche du couteau introduits entre ces parties. Toute la partie de la tumeur située au-dessous du sillon fut ainsi mise à découvert; mais une grave difficulté s'éleva quand on arriva au sillon lui-même, qui correspondait à une implantation dans la tumeur du ligament de Poupart dans la profondeur d'un pouce environ; ce ligament étranglait ainsi la tumeur et la fixait solidement contre les os du bassin. Ce fut avec une grande difficulté que ce ligament fut disséqué de cette rainure profonde, ainsi qu'un faisceau de fibres musculaires appartenant aux muscles abdominaux. Cette dissection étant achevée, j'arrivai sur le péritoine; il fut divisé dans toute l'étendue de l'incision primitive, après quoi je passai ma main dans la cavité de l'abdomen pour explorer la grande portion de la tumeur et pour m'assurer de l'existence ou la non-existence d'adhérences, qui heureusement n'avaient pas lieu, entre les viscères et la tumeur; il n'en existait pas non plus entre le péritoine pariétal et celui qui recouvrait la tumeur. Mais celle-ci était toujours solidement fixée à toute la surface de la fosse iliaque: en la saisissant avec une main dans l'abdomen et de l'autre sur sa face

externe, je ne pouvais encore lui faire faire le moindre mouvement. Un examen plus minutieux me montra que la tumeur était à cheval sur la crête iliaque, sur les épines antérieures (supérieure et inférieure) et sur le bord tout entier de l'iléum jusqu'aux symphyses pubiennes; elle adhérait intimement au *fascia iliaca* et même à toute la surface interne de l'os des iles, auxquels elle semblait incorporée. En étendant mes recherches dans l'abdomen vers la ligne blanche, je trouvai que l'enveloppe péritonéale se transformait graduellement pour constituer une portion du ligament large. Pendant que j'examinais cette partie du bassin, je sentais l'artère iliaque primitive droite battre fortement contre ma main, et je pouvais suivre l'iliaque externe, qui était en contact immédiat avec la tumeur sous laquelle elle était pressée. Un ligament très fort, qui fixait solidement la tumeur à la symphyse pubienne et qui n'était sans doute que l'insertion du ligament de Poupart, restait encore à l'extrémité interne du sillon; il fut divisé avec précaution dans l'espoir de pouvoir soulever ce côté de la tumeur: mais la tumeur resta encore immobile. On vit seulement alors le ligament rond de l'utérus passant immédiatement sur la tumeur depuis l'utérus jusqu'au pubis, paraissant même pénétrer jusque dans sa substance pour former une aussi longue courbe; ce ligament fut soigneusement détaché et conservé entier.

Le pédicule proprement dit de la tumeur, c'est-à-dire le ligament large et la trompe de Fallope, était la seule partie qui fixât maintenant la tumeur, à l'exception de ces adhérences fermes et étendues qui existaient dans le bassin. A ce moment de l'opération, je fus sur le point de m'arrêter, de fermer la plaie et d'abandonner la malade à son sort; mais, réfléchissant qu'il ne pouvait, en définitive, y avoir d'autres dangers que ceux qui résulteraient de l'atteinte des vaisseaux iliaques et fémoraux, lesquels, avec de suffisantes précautions, pouvaient être évités, je me déterminai à continuer l'opération. Passant ma main gauche dans la cavité de l'abdomen afin de protéger les intestins et les vaisseaux iliaques, et en même temps pour servir à diriger l'instrument tranchant sur la face de l'os des iles, et priant un aide de saisir la tumeur de manière à la soulever et à l'a tirer d'un côté à l'autre, à mesure que la dissection avancerait, j'essayai de me servir du scalpel à la manière ordinaire; mais les anfractuosités nombreuses et profondes dans lesquelles il fallait l'introduire me rendirent la manœuvre impossible; je dus me contenter d'en insinuer la pointe entre l'os des iles et la tumeur, et de le faire à la manière d'un ciseau; de temps en temps je substituais un bistouri à l'autre, puis à celui-ci de forts ciseaux, et je parvins enfin, à l'aide de ces manœuvres, à détacher la tumeur de la crête, des épines iliaques et des faces correspondantes de l'iléum lui-même. La solidité de la tumeur et l'intimité de ses adhérences aux os rendit cette partie de l'opération extrêmement difficile; mais une fois qu'elle fut terminée, il fut possible, pour la dissection ultérieure, de déplacer la tumeur et de suivre l'instrument des yeux, ce qui était très important, vu les rapports de la tumeur avec les vaisseaux iliaques et fémoraux. Quand on souleva la tumeur, ces vaisseaux furent soulevés aussi, ce qui démontra l'adhérence soit de leur gaîne, soit des vaisseaux eux-mêmes. Avant de détruire cette adhérence, je dus isoler la tumeur par tous ses autres points. Je coupai en travers le feuillet du péritoine qui forme le ligament large, aussi loin qu'il fut nécessaire pour isoler complétement le pédicule de la tumeur qui renfermait le tube de Fallope; alors, passant autour de ce pédicule une ligature en soie de six brins cirés mais non tordus, le docteur Grant la serra solidement, et ce pédicule, qui était petit et principalement membraneux, put être immédiatement coupé. On put alors procéder avec beaucoup de précautions à la dissection des vaisseaux; elle fut heureusement terminée, et la tumeur fut enlevée.

La plaie fut ensuite soigneusement examinée; les caillots furent retirés un à un, et les parties bien nettoyées avec des éponges douces trempées dans de l'eau tiède. On trouva une veine qui saignait sur la face interne des muscles abdominaux; elle fut liée, et la plaie resta exposée à l'air pendant quelque temps encore. Aucun autre vaisseau n'exigea la ligature. L'hémorrhagie était principalement veineuse, et ne dépassa pas quatre onces.

L'épiploon, qui était largement étendu autour de la plaie, fut régulièrement disposé sur les intestins, et la plaie fut réunie par huit sutures entortillées, entre lesquelles on plaça de nombreuses bandelettes adhésives, les deux ligatures étant ramenées aux bords les plus voisins de la plaie. On plaça sur le tout une épaisse serviette trempée dans de l'eau tiède et, sur la serviette, un bandage en 8 de chiffre comprenant la cuisse droite et le tronc. La malade fut portée dans son lit; l'utérus fut replacé dans le bassin. On administra quelques cuillerées d'eau mélangée avec de l'eau-de-vie. — On ne remarqua pas une grande prostration; le pouls est resté bon jusqu'à la fin.

La malade, quoique anesthésiée suffisamment pour ne sentir aucune douleur, conserva pourtant un certain degré de connaissance; elle causa avec moi la plupart du temps que dura l'opération.

Pendant l'opération, qui dura 37 minutes, les intestins, l'estomac, le diaphragme et les muscles abdominaux n'éprouvèrent aucun mouvement insolite. La température de la chambre fut entretenue à 80° Fahrenheit.

La malade fut mise à une diète sévère et absolue, et l'appareil de pansement devait être constamment humecté avec de l'eau presque froide.

A trois heures de l'après-midi, le pouls était à 96, moelleux; la peau chaude et douce. La malade se plaint de douleur dans le dos; pour la soulager, on la tourna sur le côté droit; elle a des bâillements, un peu de sang s'échappe de l'angle externe de la plaie; il n'y a pas eu de dérangement gastrique ni diaphragmatique, ni aucune tendance à la syncope. On retire avec la sonde une once d'urine claire et d'une bonne couleur; thermomètre, 76°. — Eau d'orge.

A onze heures, la malade est extrêmement gaie et cause beaucoup; elle a eu de fréquents petits sommes; pouls à 108; peau sèche et un peu au-dessus de la température naturelle; langue sèche; désir excessif de boissons froides; le nez a repris sa température naturelle; on tire par le cathétérisme 8 onces d'urine fortement colorée, mais limpide; on change la malade de position et de vêtements. — On lui permet des boissons à la glace.

Le 16 (neuf heures du matin), la nuit a été bonne; pendant deux heures le pouls a été à 110, maintenant à 108; la peau est douce et plus naturelle au toucher; la malade rit et cause; très peu de suintement de la plaie; le cathétérisme donne 8 onces d'urine assez foncée, qui par le refroidissement a formé un dépôt considérable de mucus.

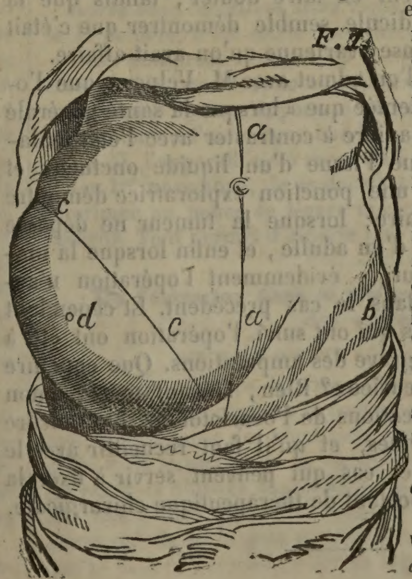
A dix heures du soir, la malade est trouvée dormant d'un sommeil calme. On compta le pouls et la respiration pendant son sommeil; le premier était à 98, et la dernière à 26. Elle s'éveilla gaiement. On tira 4 onces d'urine pâle. Il y a très peu de suintement de sérum sanguin par la plaie.

Le 20, très bon état; pouls à 84; urine rendue sans le secours de la sonde; on retire toutes les aiguilles. La plaie s'est cicatrisée par première intention, excepté aux deux points par lesquels les ligatures s'échappent, où il n'y a presque d'ailleurs qu'une apparence de pus.

Le jeudi, 29 mars, la malade commença à s'asseoir hors du lit et, depuis, a continué à le faire chaque jour.

La ligature du pédicule tombe mardi 3 avril, et celle de la veine le lendemain.

Le 12 avril, la malade fit une promenade en voiture, après quoi elle continua à prendre journellement de l'exercice jusqu'à ce que sa santé fût parfaitement rétablie.

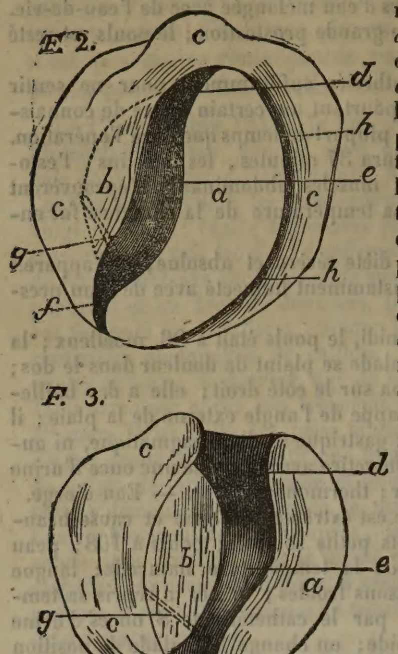


La tumeur pesait huit livres; elle avait dans sa plus grande circonférence 2 pieds 3 pouces et dans sa plus petite 23 pouces; elle est fibreuse ou fibro-cartilagineuse. Les figures 2 et 3 donnent une idée de l'aspect général de la tumeur, qui se trouve, ainsi qu'un modèle en cire fait par le docteur Grant, dans le musée pathologique du Collége médical de Pensylvanie.

Voici l'explication plus détaillée des figures.

Figure 1. — La tumeur vue avant son extirpation : *a a*, ligne blanche; *b*, crête

iliaque gauche; *c c*, sillon qui séparait la tumeur en deux; *d*, cicatrice laissée par la ponction avec le trocart.



Figures 2 *et* 3. — La tumeur après son extirpation: *a*, portion située au-dessous du ligament de Poupart (lequel forme le sillon *c c* dans la *fig.* 1); cette portion n'est pas recouverte par le péritoine; *b* (enfermé dans la ligne courbe pointée), portion adhérente au *fascia iliaca* et également non recouverte par le péritoine; *c c c*, grande portion de la tumeur qui occupait les cavités pelvienne et abdominale et qui était recouverte par le péritoine; *d*, rainure d'un pouce et demi à deux pouces de profondeur qui formait le lit de la crête iliaque et de l'épine antérieure et supérieure; cette rainure se continue en *e* et en *f*, où se logeait le bord antérieur de l'os des iles jusqu'à la symphyse; *g*, lit des vaisseaux iliaques externes; *h h*, dépression d'un demi-pouce environ formée par la pénétration du ligament de Poupart dans la tumeur.

Dans les réflexions dont l'auteur fait suivre cette observation remarquable, il fait remarquer combien il était difficile de décider avant l'opération quelle était la nature de la tumeur et si elle appartenait à l'ovaire ou à l'utérus; il pense même que la question, sous ce dernier rapport, n'est pas beaucoup plus facile à résoudre depuis l'opération. Il nous semble, au contraire, que rien n'était plus facile avant comme après l'opération, si la description qui a été faite du renversement de l'utérus est exacte. Il serait absolument impossible de comprendre la possibilité d'un tel renversement si une tumeur aussi volumineuse, et même beaucoup moins volumineuse, avait existé dans les parois de la matrice. Pour cette seule raison donc, autant au moins que pour celles qu'invoque M. Atlee, on peut repousser l'idée d'un corps fibreux de l'utérus. Peut-être est-il moins certain que la tumeur appartienne réellement à l'ovaire; les adhérences intimes qui existaient entre elle et les os du bassin pourraient en faire douter, tandis que la composition de son pédicule semble démontrer que c'était bien à une tumeur fibreuse ovarienne qu'on avait affaire.

Quoi qu'il en soit, si l'on admet avec M. Velpeau que l'ovariotomie ne doit être tentée que « lorsque la santé générale s'est maintenue d'une manière à contraster avec l'état maladif de l'abdomen; lorsque l'issue d'un liquide onctueux et gélatineux obtenu par une ponction exploratrice démontre que le mal est dans l'ovaire; lorsque la tumeur ne dépasse pas le volume de la tête d'un adulte, et enfin lorsque la malade le désire avec ardeur, » évidemment l'opération n'aurait pas dû être tentée dans le cas précédent. Et cependant on a vu que les accidents qui ont suivi l'opération ont été à peine ceux de la moins grave des amputations. Que conclure de ce fait extrêmement curieux? Rien, suivant nous, sinon que les véritables indications de l'ovariotomie sont encore très imparfaitement connues, et qu'il faut recueillir avec le plus grand soin tous les cas qui peuvent servir à fixer la science sur ce point important de thérapeutique chirurgicale.

Luxation dorsale du pouce. Réduction à l'aide de la pince à extension de M. Charrière.

PAR M. LE DOCTEUR ROBERT, CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL BEAUJON.

Un commissionnaire, âgé de cinquante-six ans et d'une forte stature, portait sur le dos une hotte pesante. Il tomba en avant; la main droite et les doigts, soudainement et instinctivement portés sur le sol, soutinrent le poids du corps. Dans cette chute en avant, le pouce se trouva subitement porté dans une violente extension; mais il n'y eut qu'une douleur modérée. Au moment de l'accident, et lorsque cet homme se releva, il s'aperçut qu'il ne pouvait remuer son pouce que très difficilement, qu'il y avait un peu de douleur, mais surtout une déformation très évidente.

Il fut alors conduit à l'hôpital le 21 octobre.

Le pouce droit est raccourci, renversé en arrière dans une extension forcée de manière à faire avec la face dorsale du revers métacarpien un angle obtus; la peau, relâchée dans ce sens, forme des plis dans le sommet de l'angle.

En avant existe une saillie arrondie au niveau de l'angle rentrant postérieur. Au toucher on constate que cette saillie est due à la tête du revers métacarpien placée presque immédiatement sous la peau, qu'elle distend; il existe entre ces deux os un chevauchement de près d'un centimètre.

Le diagnostic de cette lésion est évident:

C'est une luxation en arrière du pouce sur le premier os du métacarpe.

La luxation est complète.

Mais, afin de bien distinguer ces cas de ceux dans lesquels la luxation n'est qu'incomplète, c'est-à-dire de ceux dans lesquels la base de la phalange a conservé quelques rapports avec la tête de l'os du métacarpe, M. Robert a fait reproduire la luxation sur le cadavre, et alors les caractères anatomiques en ont pu être facilement reproduits et étudiés.

Il a rapproché ces caractères, et a démontré qu'ils étaient en tout semblables à ceux qui existaient sur le malade. Ainsi, on a vu sur cette préparation:

1° Que la première phalange du pouce, portée en arrière et en haut, repose par son bord externe sur la face postérieure du premier os du métacarpe, et chevauche cet os de près d'un centimètre;

2° Que la tête du revers du métacarpe a déchiré le ligament antérieur de l'articulation et passé entre le court abducteur et le faisceau externe du court fléchisseur du pouce, dont quelques fibres sont déchirées, ce qui produit une saillie très prononcée sous la peau;

3° Enfin, que le ligament latéral externe est rompu, mais que l'interne existe encore.

Le pronostic de cette affection n'a pas de gravité. En effet, considérée en elle-même, la luxation qui est récente, si elle n'est suivie d'aucuns accidents généraux, est une maladie très simple; elle ne se complique pas d'inflammation, à moins qu'il n'y ait une forte contusion. Mais, il faut bien l'avouer, il y a souvent incertitude sur la possibilité de la réduction. Dans certains cas la luxation se réduit avec facilité, et, dans d'autres cas, il y a des difficultés très sérieuses; enfin, il y a aussi des cas où l'on rencontre des difficultés insurmontables à la réduction.

Il importe de rechercher avec soin les causes de ces difficultés, car on y trouve des indications curatives.

Une de ces difficultés tient certainement à la brièveté, à l'exiguïté du pouce, à sa forme cylindrique, à l'absence de saillies sur lesquelles on puisse solidement appliquer les forces extensives. Il en résulte que l'extension, du moins d'après les procédés ordinaires, ne peut être pratiquée avec toute l'énergie nécessaire pour vaincre les obstacles à la réduction. M. Robert fait remarquer à ce sujet l'inconvénient des lacs, moyen d'extension proposé par Astley Cooper et Jarvis, le quel consiste à appliquer un nœud coulant sur une lanière en cuir mouillée et passée autour du pouce. Il a pu permettre, il est vrai, d'exercer des tractions énergiques, et même d'employer la moufle; mais il est difficile, alors, de varier la direction de la puissance extensive suivant les besoins de la réduction.

Il y a quelques années, M. Charrière a imaginé de fortes pinces à branches pour opérer l'extension dans la réduction des luxations de ce genre.

Voici la description exacte de cet instrument tel qu'il est ici représenté.

Cette pince est composée de deux branches assemblées par une articulation comme celle d'un nœud de compas, dont l'extrémité supérieure est terminée par quatre tiges, auxquelles sont fixés quatre bouts de lanières en cuir gras (A) ; elles sont entre-croisées et entrelacées les unes dans les autres, et forment deux nœuds coulants entre lesquels on place le pouce luxé, que l'on serre et fixe très solidement.

En pressant sur les deux branches on maintient le degré de pression, qui se trouve assujetti en vissant l'écrou (C).

Au besoin, on pourrait encore limiter ce degré de pression par l'écrou (B). La puissance du levier que donne la longueur des branches, ainsi que le crochet qui termine l'une d'elles, peuvent servir, l'une de ces branches pour exercer la pression, l'autre, celle terminée par le crochet, pour exercer l'extension et la traction dans tous les sens.

Il est bien évident que cet instrument embrasse le pouce très solidement, qu'il l'étreint énergiquement, que l'on peut exercer sur lui des tractions dans tous les sens et, conséquemment, donner à l'extension des directions variées et une force énergique suffisante pour vaincre tous les obstacles qui peuvent s'opposer à la réduction.

M. Robert pense que cet instrument est d'une grande utilité, et qu'il est de nature à diminuer beaucoup le nombre des cas irréductibles. Cet habile chirurgien l'a employé trois fois avec succès depuis quelques années; il ajoute que, depuis qu'il s'en sert, il n'a pas encore échoué dans ses tentatives de réduction. Est-ce l'effet d'un hasard heureux? ajoute ce chirurgien. C'est possible, mais ce n'est guère probable.

Après avoir exposé les difficultés qui tiennent à la brièveté, à l'exiguïté du pouce, M. Robert retrace celles qui se rattachent à la disposition même des parties qui entourent et avoisinent les parties luxées.

Mais sur ce point important, dit M. Robert, les chirurgiens sont bien loin d'être d'accord.

Dupuytren attribuait ces difficultés à la résistance des ligaments latéraux qui, devenus perpendiculaires à l'axe des os luxés, tendent à les fixer d'autant plus fortement l'un contre l'autre que les tractions sont plus énergiques.

Mais cette opinion est infirmée par les autopsies cadavériques, lesquelles ont montré qu'en général ces ligaments sont en partie déchirés, et nous avons vu par la luxation artificielle sur le cadavre que le ligament latéral externe est complétement déchiré.

La seconde difficulté, résultant de la disposition des parties qui entourent et avoisinent les parties luxées, tient à ce que la tête du premier métacarpien, en déchirant le ligament antérieur, s'engage nécessairement soit entre les deux faisceaux du court fléchisseur du pouce, soit entre le faisceau externe du court fléchisseur et le court abducteur. Alors ces deux muscles, refoulés au delà de la tête de cet os, forment autour de son col une espèce de boutonnière contractile qui le serre étroitement et ne se prête plus au passage de la tête. M. Vidal (de Cassis) a beaucoup insisté sur cette difficulté. Mais cette hypothèse paraît peu probable à M. Robert, attendu que les deux tendons, déchirés sur chacun des côtés de la base de la première phalange, se trouvent trop écartés l'un de l'autre pour pouvoir serrer étroitement le col du premier os métacarpien, et que d'ailleurs les faces latérales de la tête de cet os n'offrent pas de saillies capables d'accroître et d'arrêter ces muscles lorsqu'on fait effort pour les dégager.

Mais des difficultés plus sérieuses et plus réelles sont, suivant M. Robert, celles qui tiennent à l'interposition de quelques lambeaux des parties molles, et notamment du ligament antérieur déchiré entre les extrémités articulaires des deux os. Si cette interposition a lieu, elle doit évidemment s'opposer au contact des surfaces articulaires et à la coaptation des os.

Or, la possibilité de cette interposition paraît avoir été démontrée depuis longtemps par M. Pailloux à l'aide d'expériences sur le cadavre ; ces expériences sont très faciles à répéter, et M. Robert en a vérifié l'exactitude.

Le ligament antérieur se rompt à son insertion au premier os métacarpien, il est entraîné en arrière avec la phalange du pouce ; et quand on veut ramener celui-ci en avant, ce lambeau reste interposé entre la base de la phalange et la face postérieure du premier os métacarpien.

En conséquence, et sans nier complétement l'influence des autres difficultés que nous avons énumérées et examinées plus haut, M. Robert est porté à croire que cette dernière est la plus fréquente et aussi la plus considérable.

Quant au traitement, il consiste dans la réduction de la luxation ; or, le procédé que M. Robert croit le meilleur est celui-ci :

1° Le malade est assis.

2° La contre-extension est faite par deux aides : l'un fixe le thorax en croisant ses deux mains sous l'aisselle; l'autre aide tient l'avant-bras.

3° L'extension est appliquée sur le pouce au moyen de la pince de M. Charrière, et confiée à un aide qui embrasse les branches de la pince et en rapproche les extrémités.

4° La coaptation est pratiquée par le chirurgien, qui applique les quatre doigts de chaque main sur la face palmaire de l'os du métacarpe, et presse avec les deux pouces contre la base de l'os luxé.

L'extension, dirigée d'abord dans le sens du déplacement, est exercée avec vigueur; et cette vigueur, dit M. Robert, est indispensable, parce que, d'une part, la portion restée intacte des ligaments, de l'autre les muscles court fléchisseur, court abducteur et adducteur du pouce, dont les fibres sont courtes mais nombreuses, sont de nature à ne céder qu'à des efforts très énergiques.

Après ces premiers mouvements d'extension, et quand on croit avoir assez allongé les ligaments et les muscles, on change la direction de la force extensive en ramenant le pouce en avant dans le sens de la flexion.

Si le déplacement résiste après des tentatives plusieurs fois répétées, on peut craindre qu'il n'y ait interposition du ligament antérieur entre la surface articulaire ; c'est alors le cas de modifier l'extension comme M. Pailloux l'a indiqué. On imprime d'abord un mouvement d'extension forcée, en faisant subir en même temps à l'extrémité de la phalange un mouvement de bascule qui porte en bas l'extrémité luxée; puis enfin on ramène le pouce à la direction normale.

Le procédé de M. Vidal (de Cassis), qui consiste dans une clef engagée autour du pouce, et agissant comme levier pour en faire basculer la base; celui de M. Gerdy, qui consiste à repousser doucement en bas avec les doigts l'extrémité de la phalange, peuvent aussi être employés avec succès. Ces deux procédés se rapprochent l'un et l'autre des indications données par M. Pailloux.

Sur le malade dont il est question dans cette observation, la réduction a été tentée par M. Robert, d'après le procédé qu'il a décrit.

Après deux tentatives assez vigoureuses, cette réduction, opérée le 21 octobre, a été suivie d'un succès complet.

Deux compresses longuettes et deux petites attelles ont été placées sur les faces dorsale et palmaire du pouce et du premier os métacarpien, pour s'opposer à tout déplacement antéro-postérieur, et maintenu à l'aide d'une bande.

Le 25, l'appareil a été renouvelé.

Le 1er novembre, le malade est sorti, commençant à pouvoir imprimer au pouce de légers mouvements et n'éprouvant aucune douleur. Tout permet d'espérer que la guérison sera définitive.

De l'élévation dans le traitement des inflammations des extrémités.

PAR M. LE DOCTEUR LÉON GIGOT, DE LEVROUX.

Personne n'ignore les bons effets que l'on peut retirer de l'élévation des membres dans le traitement de leurs inflammations. Pour moi, tant à cause des nombreux succès dont j'ai été longtemps témoin dans le service de M. Gerdy à l'hôpital de la Charité que par les résultats obtenus depuis dans ma pratique particulière, je n'hésite pas à dire que cette méthode est la plus certaine en même temps qu'elle est la plus simple. Parmi les nombreuses observations que je pourrais rapporter ici je signalerai le fait suivant, comme

pouvant démontrer jusqu'à quel point il est possible, au moyen de la simple élévation, de se rendre maître de certains accidents qui se développent trop souvent avec une effrayante rapidité, malgré le traitement le plus énergique.

Obs. — Le nommé P. B..., demeurant à Levroux (Indre), me fit appeler le 2 novembre 1850, pour lui donner mes soins. Cet homme, âgé de trente-deux ans, célibataire, sans profession, d'un tempérament sanguin, d'une constitution robuste, mais se livrant habituellement à l'ivrognerie, avait fait une chute dans la nuit du 1er au 2 novembre. N'ayant pu se relever lui-même, on le transporta dans son lit, d'où il lui était impossible de sortir, vu l'extrême douleur qu'il ressentait à la partie inférieure de la jambe droite. Le gonflement des tissus qui entourent l'articulation tibio-tarsienne était si considérable et la douleur si vive, qu'il me fut impossible de constater d'une manière certaine s'il y avait ou non fracture. Toutefois, je soupçonnais, par l'aspect que présentait la région, une fracture de l'extrémité inférieure du péroné au-dessus de la malléole. Le malade ne put d'ailleurs me donner aucun renseignement sur sa chute, avouant qu'il était alors dans un état complet d'ivresse. Je remis donc mon diagnostic au lendemain, et je fis placer le membre dans l'élévation. Le lendemain matin, 3 novembre, je trouvai le malade levé. La tuméfaction avait disparu, si ce n'est au niveau de la malléole externe, où il existait encore un peu de gonflement et de douleur. J'ai pu dès lors m'assurer qu'il n'y avait pas de fracture, et qu'il n'existait, la veille, qu'une entorse très grave qui avait presque entièrement disparu dans l'espace de vingt-quatre heures, par la seule élévation du membre, sans avoir eu recours ni aux saignées locales, ni aux émollients, ni aux astringents. Le malade, toutefois, ne pouvait encore marcher. Les observations sévères que je lui fis sur l'imprudence qu'il commettait en quittant déjà le lit l'engagèrent à se recoucher, et le membre fut de nouveau placé sur un plan incliné.

Le 5 novembre, en faisant mes visites, je rencontrai mon malade qui se rendait au cabaret. « Je suis guéri, me dit-il, je ne ressens plus de douleur. » Cependant il marchait encore un peu difficilement.

Est-ce possible, je le demande, de prévenir avec plus de succès et de rapidité les suites d'une entorse aussi grave? Il n'est pas de phlegmons diffus, si considérables qu'ils soient, d'érysipèles, d'angioleucites, de panaris, qui ne puissent être guéris de la même manière, et sans le secours d'aucun autre traitement. L'élévation est donc un moyen puissant dont le médecin peut tirer un grand parti dans sa pratique. Pour placer facilement les parties malades dans une position élevée, je me sers ordinairement d'un plan incliné en forme de pupitre, composé de deux planchettes, auxquelles sont pratiquées des ouvertures de distance en distance à l'effet de passer des liens destinés à fixer le membre. On peut varier à volonté le degré d'inclinaison de ce plan au moyen d'une charnière fixée au point de réunion des deux planchettes. Lorsque le traitement se prolonge, j'ai l'habitude de ramener de temps en temps le membre à une position presque horizontale, pour le replacer ensuite dans l'élévation. Enfin, l'inflammation étant disparue, il est bon d'appliquer pour quelques jours autour de l'extrémité inférieure du membre un bandage roulé, afin de prévenir l'engorgement qui pourrait résulter du retour brusque du sang dans la partie.

HYGIÈNE PUBLIQUE, MÉDECINE LÉGALE ET TOXICOLOGIE.

Examen microscopique d'un dépôt d'urate alcalin (tophus) dans les articulations du tarse.

PAR M. LE DOCTEUR ROUGET.

Cette pièce provient d'une femme de quarante ans environ destinée aux dissections. Toutes les articulations paraissaient parfaitement saines. Le pied lui-même ne présentait aucune déformation; mais, en ouvrant les articulations du tarse du pied droit, on les trouva remplies par une matière blanche, demi-liquide, ayant tout à fait l'aspect et la consistance de la crème ou de la substance blanche de la moelle épinière. Les ligaments et les cartilages articulaires ne présentaient aucune altération. Le siége de ce dépôt morbide porta M. Rouget à penser qu'il devait être rapporté aux dépôts tophacés de la goutte, bien que les tophus fussent des concrétions solides.

En soumettant une petite portion de cette substance à l'action de l'acide acétique ou de l'acide nitrique faible, M. Rouget vit sous le microscope la matière crayeuse se dissoudre et immédiatement apparaître d'innombrables cristaux de formes variées, mais appartenant toutes aux formes cristallines attribuées à l'acide urique.

Cette première expérience démontra que le dépôt était constitué par l'acide urique uni à une base, la soude peut-être. L'acide acétique ou nitrique, en s'emparant de la base, avait déterminé la cristallisation de l'acide urique mis en liberté.

En examinant à de forts grossissements la matière tophacée contenue dans la cavité articulaire, et en soumettant de très légers fragments de cette matière à l'action de l'acide acétique, M. Rouget a cru remarquer que l'urate alcalin était contenu à l'intérieur des cellules analogues à celles qui revêtent l'intérieur de la synoviale. Ainsi ce sel serait contenu, sous forme de dépôts granuleux, à l'intérieur des cellules épithéliales de la synoviale. Ce qui le prouve, ajoute M. Rouget, c'est que, dans un cas, je pus voir très nettement, dans un groupe de quatre ou cinq squammes, traitées par l'acide acétique, les granules intérieures disparaître, les parois cellulaires elles-mêmes se dissoudre, et en même temps, dans le même point, se former et s'accroître, à mesure que les cellules disparaissaient, un groupe de cristaux d'acide urique.

D'ailleurs, ce dépôt minéral à l'intérieur de cellules n'est pas sans exemple, tant s'en faut, dans les êtres organisés. Chez les végétaux, on sait que les cristaux qui constituent les saphides se développent à l'intérieur de cellules, et l'ossification des cartilages du fœtus a lieu en grande partie par le dépôt de phosphate terreux à l'intérieur des cellules du cartilage.

Cette observation me paraît éclairer le mode de formation des tophus. Ces tophus ne sont, en réalité, qu'une altération de la sécrétion de la synoviale. Les cellules de l'épithélium pavimenteux s'imprègnent d'un dépôt d'urate alcalin; elles se détachent, tombent dans l'intérieur de la cavité articulaire, et au lieu de se dissoudre, d'être résorbées comme cela a lieu dans l'état normal, elles s'agglomèrent, forment des amas qui se condensent de plus en plus par la résorption des parties liquides et organiques, et constituent les concrétions tophacées.

Lorsqu'on est à même comme je l'ai été d'examiner ces dépôts tophacés pour ainsi dire à l'état naissant, on y rencontre les cellules épithéliales libres, isolées et conservant encore leur forme caractéristique; mais plus tard ces cellules s'entassent, se confondent, se soudent en quelque sorte pour constituer les concrétions tophacées, dans lesquelles on ne distingue plus autre chose que le dépôt terreux.

Leuwenhoeck est d'ailleurs, que je sache, le seul micrographe qui ait examiné la constitution intime de ces concrétions tophacées. Dans la figure qu'il en a donnée, on retrouve les fines aiguilles cristallines et les granules innombrables dont j'ai parlé, et de plus on y voit quelques plaques obscures, irrégulières, qui pourraient bien être des cellules épithéliales. Il a obtenu aussi, à l'aide de la chaleur, des cristaux d'acide urique, dont l'acide acétique détermine si promptement la formation.

(*Comptes-rendus de la Société de Biologie.*)

Du secret médical.

PAR M. H. DE CASTELNAU.

La cour d'appel d'Angers vient de rendre un arrêt qui ne contribuera pas médiocrement, nous l'espérons du moins, à fixer d'une manière définitive un point de jurisprudence médicale d'autant plus important, qu'il a été plus controversé dans ces dernières années. Il s'agit encore de savoir si le médecin peut ou non être obligé par les magistrats de divulguer des faits qui lui ont été confiés ou dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions. Voici dans quelles circonstances cette grave question a été agitée de nouveau.

Le 2 février dernier, M. le docteur Chedanne fut appelé auprès d'une femme malade. Quand il arriva, il trouva un enfant gisant sur le pavé; le cordon ombilical n'était pas même encore coupé. Il aperçut tout d'abord quelques excoriations au visage; mais les traces de violences n'étaient pas suffisantes pour qu'on dût nécessairement croire à un crime. L'enfant fut le soir même transporté au tour de l'hospice; il

y fut recueilli froid et presque mourant, et, malgré les soins qui lui furent prodigués, il ne tarda pas à expirer.

Le cadavre de cet enfant fut présenté au docteur Chedanne, en sa qualité de médecin des hospices des enfants trouvés; M. Chedanne le reconnut pour celui qu'il avait déjà vu le 2. L'examen auquel il se livra alors lui fit croire à un infanticide, et sur sa recommandation, pour que la justice pût avoir son cours, la déclaration faite par l'hospice se trouva conçue en termes tels qu'une autopsie fut immédiatement ordonnée.

Cette autopsie démontra que l'enfant était mort par suite d'un crime.

M. le docteur Chedanne fut appelé devant M. le juge d'instruction. Il convint qu'il avait donné des soins à l'enfant; mais il ajouta que, relativement à la mère, il ne croyait pouvoir donner aucune indication à la justice. Depuis, toutes les recherches sont demeurées infructueuses.

C'était le 2 février qu'avait lieu l'accouchement; le 4, M. Chedanne se présenta à la mairie pour y faire la déclaration de la naissance, annonçant toutefois que son intention n'était de déclarer ni le nom de la mère, ni son domicile. Cette déclaration ne fut pas reçue par l'employé, non comme incomplète, mais parce que, l'hospice devant en faire une, celle du médecin paraissait inutile.

Des poursuites ont été dirigées contre M. le docteur Chedanne pour déclaration de naissance incomplète, ne contenant pas toutes les énonciations prescrites par l'article 57 du Code civil.

Un jugement du tribunal de police correctionnelle d'Angers est intervenu qui, établissant l'article 346 du Code pénal comme sanction de l'article 57 du Code civil, jugeait qu'une déclaration de naissance devait toujours contenir toutes les indications mentionnées dans ce dernier article, et que personne, pas même le médecin, n'avait le droit d'en dissimuler aucune; en conséquence, il condamnait le docteur Chedanne à 100 fr. d'amende et aux frais.

Appel a été interjeté de ce jugement.

Avant que l'affaire fût soumise à la Cour, l'Association médicale d'Angers, si vivement intéressée dans cette question, comme le corps médical tout entier, s'était réunie et avait nommé une commission chargée de soutenir ses droits. Cette commission, composée de MM. les docteurs Bigot, Mirault, Dumont, Farge et Daviers, a publié un mémoire fortement motivé pour justifier la conduite tenue par leur confrère, et établir le droit qu'avaient les médecins de taire quelques-unes des énonciations demandées par l'article 57 du Code civil.

L'affaire est revenue lundi dernier à l'audience de la Cour d'appel, qui a rendu l'arrêt suivant :

« Attendu que, si dans un intérêt public et de famille, l'article 346 du Code pénal a apporté aux articles 55 et 56 une sanction pénale dont l'expérience avait révélé la nécessité, il est certain que la nouvelle disposition ne peut atteindre que les infractions formelles à ces articles;

» Qu'ils se bornent à exiger que la déclaration de naissance soit faite par les médecins accoucheurs et autres qui y sont obligés, dans les trois jours de l'accouchement, à l'officier de l'état civil du lieu;

» Que l'article 57 du Code civil auquel ne se réfère pas l'article 346 du Code pénal, dont l'observation n'est pas prescrite par cet article comme celle des articles précédents 55 et 56, n'est relatif qu'aux énonciations que doit contenir généralement l'acte de naissance; que toutes ces énonciations, au nombre desquelles se trouve celle du lieu de la naissance de l'enfant, des prénoms, noms, profession et domicile des père et mère, sont mises sur la même ligne; qu'on ne peut pas les dire plus étroitement obligatoires les unes que les autres;

» Que sans doute toutes sont utiles, mais qu'aucune n'est essentielle; que le législateur n'ayant pas attaché de pénalité à leur omission, il s'en infère nécessairement que l'acte de naissance qui ne fait connaître ni la mère, ni le lieu ou la maison de l'accouchement, lui a paru suffire pour que la société avertie puisse étendre sa protection sur le nouveau-né;

» Attendu, en thèse, quant à la mère spécialement, que sa désignation exigée, sans son aveu, n'aurait en dehors du mariage aucun effet légal; qu'au contraire il pourrait en résulter pour elle, lorsqu'elle a intérêt à rester inconnue, le grave inconvénient, soit de compromettre une réputation qui forme souvent le plus précieux patrimoine d'une famille, soit de la déterminer à se priver des secours dont elle a besoin dans un moment suprême;

» Attendu que l'article 57 du Code civil a conservé depuis la promulgation de l'article 346 du Code pénal, la seule et même autorité qui appartenait auparavant aux articles 55 et 56 du premier Code, c'est-à-dire qu'il est resté à l'état d'un précepte du commandement législatif sans sanction;

» Attendu que prescrire l'observation de l'article 57 du Code civil, sous les peines de l'article 346 du Code pénal, serait ajouter aux dispositions de cet article, l'étendre, des cas qui y sont prévus à des cas pour lesquels il ne s'est pas expliqué, et qui ne sont ni identiques, ni même parfaitement analogues, que ce serait aller contre toutes les règles exclusives de toute peine par rapprochement ou induction;

» Attendu que la déclaration faite par l'appelant, le 4 février dernier, à la mairie d'Angers, de la naissance à laquelle il avait assisté comme médecin, le 2 du mois, ne peut être arguée d'infraction délictueuse à la loi, pour omission du nom de la mère et de l'indication de la maison où l'accouchement s'était accompli; que ce n'est cependant que sous le seul rapport de cette double omission que la poursuite a été intentée contre lui; et que même il n'a été condamné par le jugement attaqué qu'à raison du défaut d'énonciation de ladite maison, en quoi il y a eu fausse application de l'art. 346 et violation de l'article 4 du Code pénal;

» Par ces motifs, infirme ledit jugement, décharge l'appelant des condamnations contre lui prononcées, et, statuant à nouveau, le renvoie de la prévention sans dépens. »

Cet arrêt est trop bien motivé, et, tout en la jugeant, expose trop clairement la question pour que nous nous croyions obligé d'y insister longtemps. Qu'il nous soit permis cependant, en mettant sous les yeux de nos lecteurs les textes de lois, de leur rappeler avec quelle netteté le bon droit des médecins est établi dans les cas semblables, et de leur montrer à quelles fâcheuses préoccupations ont dû céder les magistrats qui ont pu méconnaître ces droits et la question de crime. Qu'on nous permette aussi quelques réflexions sur une situation fort pénible et peut-être non moins embarrassante dans laquelle l'exercice de sa profession peut placer le médecin.

Le système du ministère public et du tribunal de première instance d'Angers, d'après lequel M. Chedanne avait été condamné, ce système était que toute personne qui assiste à un accouchement doit tous les renseignements mentionnés dans l'article 57 du Code civil (1). Or ce système est doublement vicieux.

Il est vicieux, parce que la prétendue obligation n'existe pour personne, comme le prouve incontestablement l'article 346 (2) du Code pénal, lequel, ainsi que le fait très bi en

(1) Les articles 55, 56 et 57 du Code civil sont ainsi conçus :

Code civil. *Art.* 55. — Les déclarations de naissance seront faites, dans les trois jours de l'accouchement, à l'officier de l'état civil du lieu : l'enfant lui sera présenté.

Art. 56. — La naissance de l'enfant sera déclarée par le père ou, à défaut du père, par les docteurs en médecine ou en chirurgie, sages-femmes, officiers de santé ou autres personnes qui auront assisté à l'accouchement; et, lorsque la mère sera accouchée hors de son domicile, par la personne chez qui elle sera acouchée. P. 346. — L'acte de naissance sera rédigé de suite en présence de deux témoins.

Art. 57. — L'acte de naissance énoncera le jour, l'heure et le lieu de la naissance, le sexe de l'enfant et les prénoms qui lui seront donnés; les prénoms, noms, profession et domicile des père et mère et ceux des témoins.

(2) On se rappelle que l'article 346 est conçu dans les termes suivants:

Code pénal. *Art.* 346. — Toute personne qui, ayant assisté à un accouchement, n'aura pas fait la déclaration à elle prescrite par l'article 56 du Code civil, et dans les délais fixés par l'article 55 du même Code, sera

ressortir la Cour d'appel, n'applique de pénalité qu'à l'infraction des articles 55 et 56, et nullement à l'inobservation de l'article 57. Ce n'est pas ici le lieu de rappeler les hautes considérations qui ont guidé le législateur quand il a établi une telle distinction ; mais il est certain que ces considérations sont aussi conformes à la morale qu'aux véritables intérêts de la société.

Mais le système du tribunal d'Angers, fût-il vrai pour la généralité des citoyens, qu'il serait encore vicieux à l'égard des hommes de l'art, auxquels le secret est prescrit à la fois et par les dispositions légales (1) et par les devoirs plus impérieux encore de la conscience.

Comment concilier cependant, disent les partisans du système condamné par la Cour d'appel d'Angers, les obligations prescrites par l'article 378 du Code pénal avec ces autres obligations communes à tous les citoyens par l'article 30 du Code d'instruction criminelle : Toute personne qui aura connaissance d'un attentat... sera tenue d'en donner avis..., etc.?

Rien ne nous semble plus naturel et plus juste que les motifs d'une telle conciliation.

Le législateur a parfaitement compris que, si, en appelant un médecin auprès de lui, le malade pouvait avoir à craindre une dénonciation, il se passerait souvent des secours de l'art plutôt que de les acheter à ce prix, et pourrait ainsi s'exposer à des dangers beaucoup plus graves que les peines que lui réserve la justice, qui d'ailleurs ne saurait être satisfaite, puisqu'elle continuerait à ignorer le nom des auteurs du crime.

Mais, ajoutent encore nos adversaires, en poussant jusqu'à ses dernières limites ce système, un médecin pourrait donc être appelé auprès d'un infâme assassin qui aurait reçu une blessure en commettant un meurtre ou un incendie; il pourrait prodiguer les secours de l'art à ce misérable sans avertir la justice, peut-être en lui assurant l'impunité!

Nous comprenons de reste que, lorsqu'on perd de vue les hautes considérations que nous venons de rappeler, on se laisse séduire par un tel argument; nous convenons même que la situation du médecin, en pareille occurrence, est des plus pénibles, et que sa conscience doit être vivement et tristement agitée. Mais nous n'en persistons pas moins à penser que notre véritable devoir, dans de semblables circonstances, est, comme celui du prêtre-confesseur, de garder un silence complet. (*Gazette des Hôpitaux.*)

CHIMIE MÉDICALE ET PHARMACOLOGIE.

Dragées d'iodure ferreux inaltérable; par M. Gille, pharmacien à Paris.

On a vu, par un fait que nous avons publié dans notre avant-dernière Revue clinique, les beaux résultats qu'on pouvait obtenir de cette précieuse préparation. Nous en donnons aujourd'hui la formule:

Iode pur. . . . . . . 10 grammes.
Limaille de fer non oxydée. . 5 —

Faites dissoudre dans

Eau distillée. . . . . . 50 —

Il faut agiter continuellement pendant la réaction, qu'on doit avoir soin de modérer en tenant le vase dans lequel on opère soit dans un mélange réfrigérant, soit simplement dans l'eau froide.

On se trouve très bien pour cette opération de l'emploi d'une capsule en porcelaine qui permet de remuer facilement le mélange de fer et d'iode, sans qu'il se forme au fond du vase un magma qui souvent fait casser les vases dans lesquels on opère (à cause de la grande élévation de température dans un seul point du vase).

Lorsque la réaction est terminée, ce que l'on reconnaît à la belle teinte vert-d'eau que prend la liqueur, filtrez à travers un papier lavé, et recevez la liqueur contenant le proto-sel de fer dans une capsule renfermant :

Sucre pulvérisé. . . . . . . 20 grammes.

Faites évaporer au bain-marie jusqu'à ce que le mélange ne pèse plus que 35 grammes. Ajoutez alors :

Gomme arabique en poudre impalpable. 10 gram.

Mêlez avec soin et divisez la masse en 220 pilules que vous roulerez dans de la poudre de sucre. Portez daus une étuve chauffée à 25 degrés, jusqu'à parfaite dessiccation. Faites alors recouvrir de sucre.

Après plusieurs mois, les dragées préparées par M. Gille avaient remarquablement conservé une teinte vert-d'eau, sans mélange aucun de teinte ocracée, indiquant sa complète inaltérabilité. (*Bull. de l'Acad. de Méd.*)

Pommade contre la gale.

Nous avons fait connaître il y a quelques jours les résultats obtenus par M. Bourguignon dans le traitement de la gale par divers moyens. Voici une autre formule de pommade essayée par M. Bazin, médecin à l'hôpital Laint-Louis, et qui guérissait la gale en trois frictions.

Poudre de camomille fraîche. .
Huile blanche. . . . . . . } de chaque, 500 grammes.
Axonge. . . . .

Cette pommade guérit un peu moins vite que la pommade d'Helmerich, mais elle a, suivant M. Bazin, l'avantage de calmer instantanément les démangeaisons et de ne pas produire d'éruption secondaire.

De l'emploi en médecine de l'antimoine diaphorétique.

M. le docteur Lucien Papillaud termine par les conclusions suivantes un mémoire sur l'emploi de l'antimoine diaphorétique dans diverses maladies :

1° L'antimoine diaphorétique n'est pas une substance inerte, puisqu'il produit quelquefois les effets dits primitifs propres aux antimoniaux ;

2° Il paraît doué, de même que le tartre stibié et les oxysulfures, bien qu'à un moindre degré, d'une action occulte sur les phlegmasies de l'appareil respiratoire;

3° De toutes ces phlegmasies, la bronchite est celle à laquelle son action thérapeutique s'adapte le mieux, et la forme aiguë est la condition la plus favorable pour son succès;

4° Il peut être employé avec avantage dans la pneumonie quand les autres antimoniaux plus actifs cessent d'être tolérés. Son indication paraît devoir être plus rare dans la pleurésie;

5° Contre les affections qui s'éloignent du type inflammatoire, soit par leur nature, soit par leur chronicité, l'efficacité de l'antimoine diaphorétique décroît ou cesse.

Granules d'arsenic; par M. Guillarmaud, pharmacien à Lyon.

Pour rendre plus difficiles de déplorables méprises, M. Guillarmaud propose d'administrer l'arsenic et d'autres médicaments dangereux sous forme de granules ainsi préparés :

On fait avec de la poudre à granuler et de l'eau contenant de la gomme (1/20e de la poudre) une pâte qui doit être homogène, mais peu maniable. On étend cette pâte sur un tamis à froment en peau, c'est-à-dire percé de trous. On obtient ainsi des granules proportionnés aux trous. On les fait sécher dans une étuve, on en sépare ceux qui sont manqués, et l'on recouvre à la manière des dragées ceux qui sont réussis.

On peut combiner la préparation de manière que chaque granule renferme une quantité déterminée d'arsenic. De cette façon on est parfaitement sûr de la dose qu'on ordonne, et l'on n'a pas à craindre que le malade en prenne plus qu'il ne convient.

punie d'un emprisonnement de six jours à six mois, et d'une amende de seize francs à trois cents francs.

(1) L'article 378 porte :

Code pénal. *Art.* 378. — Les médecins, chirurgiens et autres officier de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes, et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois, et d'une amende de cent francs à cinq cents francs.

Sur le traitement de la teigne; par M. Van-Eeden.

Suivant ce médecin, les indications, dans le traitement de la teigne, se réduisent :

1° A l'arrachement de cheveux et de leurs bulbes; 2° à obtenir la cicatrisation des petites plaies qui en résultent ; 3° à favoriser la régénération de cheveux sains; 4° à détruire par des moyens internes appropriés les cachexies qui pourraient exister, telles que la scrofule ou autres; et enfin 5° à prescrire une diététique convenable.

On satisfait à la première indication en couvrant la partie affectée de la tête avec des emplâtres comme suit :

Résine blanche.	2 onces.
Vinaigre de vin.	1 livre.
Antimoine cru (sulfure d'antim.) .	2 onces.
Farine de seigle ou d'amidon. . .	1 once un gros.

On fait fondre, au moyen de la chaleur, la résine et l'antimoine avec le vinaigre, dans un vase de terre; d'autre part, on broie la farine de seigle ou l'amidon avec une petite quantité d'eau de pluie, et on la mêle ensuite peu à peu au vinaigre bouillant; puis on laisse le mélange sur le feu en l'agitant sans cesse jusqu'à ce qu'il ait acquis la consistance d'une bouillie épaisse. Si l'on trouve que la préparation est trop ou trop peu épaisse, on pourra ajouter du vinaigre ou de la farine, selon le cas. Cela fait, on coupe les cheveux le plus près possible de la peau, on met une couche de trois à quatre lignes d'épaisseur de la masse emplastique sur de la forte toile ou du coton, qu'on coupe en morceaux triangulaires qu'on applique immédiatement sur les endroits affectés, en y exerçant une certaine pression pour les faire tenir le plus fortement possible. Le jour suivant, alors que l'adhérence est intime et forte, on soulève, au moyen d'une spatule, les angles des emplâtres et on les arrache le plus rapidement possible, ce qui entraîne l'enlèvement des cheveux; après quoi, on lotionne les endroits dénudés avec une lessive de savon vert. Ces opérations doivent être répétées autant de fois qu'il sera nécessaire pour arracher tous les cheveux malades.

On remplit la seconde indication, celle de favoriser la cicatrisation des petites plaies produites par l'arrachement de l'emplâtre emplastique, par l'emploi de la pommade suivante :

Feuilles de rue fraîches.	1 once.
Vinaigre de vin. / Alcool. . . . . } de chaque. . .	2 onces.

Filtrez après trois jours de macération, et ajoutez 3 onces de beurre frais non salé.

La tête sera enduite, matin et soir, avec cette pommade, en ayant soin de la laver à chaque fois au préalable avec une solution de savon blanc dans de l'eau aiguisée d'eau-de-vie.

La troisième indication, celle de favoriser la croissance des cheveux, sera remplie en lotionnant souvent la tête avec une décoction de racine de bardane, la pommade de Dupuytren, etc.

On détruira les cachexies, ce qui constitue la quatrième indication, en administrant le calomel avec le soufre doré d'antimoine, la résine de gaïac, l'éthiops minéral, l'antimoine, la salsepareille, la rhubarbe avec la magnésie, l'iode, etc., selon les circonstances.

Enfin, on satisfait à la cinquième indication en prescrivant l'usage répété des bains, des soins de propreté, l'inspiration d'un air pur, les exercices gymnastiques, l'eau froide pour boisson, un régime analeptique non irritant et des vêtements appropriés.

(*Ann. de la Soc. d'Emul. de la Flandre occid.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 *novembre* 1850. — Présidence de M. Bricheteau.

Rupture du cœur.

M. le docteur Bertherand, chirurgien-major de première classe à Strasbourg, adresse un mémoire sur la rupture spontanée des parois du cœur.

Dans ce mémoire, qui ne se prête que difficilement à l'analyse, l'auteur conseille comme traitement les antispamodiques (éther, musc, valériane), qu'on ne doit cependant pas administrer à une dose qui puisse trop déprimer l'action du cœur. (Commissaires : MM. Lévy et Rostan.)

Eaux minérales.

M. Bouis envoie un mémoire intitulé : *Observations sur les eaux minérales d'Olette* (Pyrénées-Orientales); comme particularités les plus intéressantes que présentent les diverses sources des eaux, l'auteur mentionne :

1° Leur abondance,

2° Une température de 30 à 78°,

3° Leur gradation depuis la sulfuration la plus considérable jusqu'à l'absence complète de sulfuration. (Commissaires : MM. Lecanu, Patissier, Boutron-Charlard.)

Médication arsenicale.

M. Fuster, professeur à l'Ecole de Montpellier, adresse une première note sur cette médication.

L'auteur professe que les fièvres paludéennes qui ne guérissent pas par le sulfate de quinine guérissent par les préparations arsenicales, et *vice versâ*. Il faut débuter, suivant lui, par 5 centigrammes d'acide arsénieux, pris en trois fois en vingt-quatre heures, et le porter graduellement au besoin jusqu'à 10 grains.

Médication anesthésique locale.

M. Aran, médecin du bureau central des hôpitaux, adresse une note *sur la médication anesthésique locale et en particulier sur la valeur relative des divers agents anesthésiques qui servent à cette médication.*

M. Aran rappelle que le chloroforme seul a été employé en application topique et que les résultats favorables obtenus par un grand nombre d'expérimentateurs étaient de nature à engager les médecins à poursuivre l'étude de la médication anesthésique locale à l'aide des autres agents anesthésiques connus.

Voici les conclusions auxquelles M. Aran a été conduit par les nouvelles expériences auxquelles il s'est livré :

1° Toutes les substances volatiles auxquelles on a reconnu jusqu'ici des propriétés anesthésiques générales (les diverses espèces d'éther, le chloroforme, la *liqueur des Hollandais* ou chlorure de gaz oléfiant, l'aldéhyde, la benzine) possèdent également des propriétés anesthésiques locales.

2° L'énergie de la puissance anesthésiante locale n'est pas en rapport direct avec celle de la puissance anesthésiante générale, mais bien en raison inverse de la volatilité de la substance anesthésique. C'est ce qui explique comment, au point de vue de l'anesthésie locale, la *liqueur des Hollandais* ou chlorure de gaz oléfiant l'emporte sur toutes les autres substances anesthésiques, comment le chloroforme l'emporte sur les éthers, comment l'éther acétique l'emporte lui-même sur les autres éthers.

3° De ces diverses substances anesthésiques, quelques-unes peuvent être appliquées sur la peau, en toute proportion, sans déterminer aucune irritation : tous les éthers, l'aldéhyde, la benzine, renferment un certain produit d'une âcreté particulière qui les rend plus ou moins irritants pour la peau. Le chloroforme, même le plus pur, est dans ce cas; appliqué en petite quantité, il détermine une sensation de brûlure légère, qui peut aller jusqu'à la brûlure la plus vive, jusqu'à déterminer la vésication. Si le contact est prolongé, la quantité de chloroforme versé sur la peau un peu considérable et que l'opération se fasse à l'air libre, cette action irritante se développe d'une manière bien plus énergique. La liqueur des Hollandais possède aussi des propriétés irritantes, mais infiniment moins prononcées.

4° Le meilleur de tous les anesthésiques, au point de vue de l'application, est donc la liqueur des Hollandais. Sur certains anesthésiés, son action se prolonge plus longtemps que celle des autres substances anesthésiques, même lorsqu'elles sont employées à petite dose, de 15 à 30 gouttes, par exemple, sur une surface douloureuse; elle ne produit qu'une tuméfaction insignifiante de la peau, tandis que le chloroforme détermine une véritable brûlure au premier ou au deuxième degré; elle a une odeur éthérée légère assez agréable; tandis que le chloroforme, l'aldéhyde, la benzine, les éthers ont une odeur pénétrante qui est difficilement supportée par les malades; l'aldéhyde et la benzine en particulier ont une odeur très désagréable quand elle est concentrée. Le seul inconvénient de la liqueur des Hollandais, c'est que, dans l'état actuel de la fabrication, son prix est très élevé ; mais tout fait espérer qu'avant peu il sera ramené aux proportions de celui du chloroforme.

5° Pour obtenir des effets anesthésiques locaux suffisants, il n'est pas du tout nécessaire d'employer, comme on le fait habituellement,

des doses considérables d'agents anesthésiques : avec 15 ou 30 gouttes au plus de liqueur des Hollandais versées sur la partie malade, que l'on recouvre ensuite d'une compresse humide et d'une toile cirée, on peut arriver à calmer la douleur dans le plus grand nombre des cas où l'emploi des agents anesthésiques est indiqué.

Nouvelle vacance à l'Académie.

M. le président annonce qu'on nommera dans la prochaine séance une commission de onze membres pour décider dans quelle section devra être déclarée la vacance qui existe en ce moment dans l'Académie par suite de la mort de MM. Prus, Capuron et Fouquier.

Lectures. — Goître et crétinisme.

M. Ferrus continue la lecture de son important mémoire sur ces deux maladies et en renvoie la fin à une prochaine séance.

Angine laryngée œdémateuse.

M. le docteur Sestier donne lecture d'un mémoire sur le *rôle de l'œdème intra-laryngé et de l'œdème de l'arrière-bouche dans les cas d'angine laryngée œdémateuse.*

Dans ce travail, l'auteur insiste surtout sur l'importance de l'infiltration de l'arrière-bouche comme signe précurseur ou indicateur de l'angine laryngée œdémateuse et sur l'utilité des scarifications faites sur l'ouverture supérieure du larynx (replis arythéno-épiglottiques) dans les cas de laryngite vraiment œdémateuse. Comme preuve de l'importance de l'infiltration de l'arrière-gorge dans le diagnostic de l'angine laryngée, M. Sestier termine son mémoire par les deux observations suivantes :

Un jeune homme, âgé de 22 ans, était atteint d'une variole hémorrhagique avec purpura, lorsque apparurent les symptômes d'une angine laryngée œdémateuse. Le doigt reconnut le gonflement des replis supérieurs du larynx. On diagnostiqua un œdème de la glotte. Mais la nécropsie démontra que l'on n'avait pas eu affaire à une angine œdémateuse proprement dite; car les replis arythéno-épiglottiques étaient infiltrés non pas de sérosité simple ou de sérosité purulente, mais de sang pur.

Or, cette erreur de diagnostic n'aurait très probablement pas été commise si on eût exploré avec attention le pharynx, et surtout la partie supérieure de la base de la langue et les replis glosso-épiglottiques; car, ainsi que la nécropsie le fit constater, on aurait trouvé les parties colorées et infiltrées de sang. Dès lors (et c'est ici le point que je désire faire ressortir), on aurait été conduit à admettre que du sang occupait aussi les replis supérieurs du larynx; et sachant avec quelle facilité le sang qui, dans la *variole hémorrhagique,* est infiltré dans le tissu cellulaire général sous-muqueux, s'écoule par les incisions, on aurait sans doute eu recours aux scarifications des bourrelets, et j'ajoute qu'elles auraient très probablement réussi; car à l'ouverture du cadavre, après avoir incisé ces bourrelets et les avoir pressés légèrement entre les doigts, on vit suinter de toute la surface le sang qui y était contenu, et qui remplissait les mailles distendues et en partie déchirées par l'épanchement.

Ainsi, l'inspection de l'arrière-bouche aurait conduit à diagnostiquer la nature du liquide qui distendait les replis supérieurs du larynx, et aurait fourni une très précieuse indication thérapeutique.

Autres faits. — Un jeune homme se plaignait d'un mal de gorge; il lui semblait qu'un corps étranger logé dans cette région gênait la respiration et la déglutition; la voix était un peu rauque et légèrement voilée, la respiration difficile, avec sifflement au moment de l'inspiration; l'aspiration facile silencieuse. Ces derniers symptômes ne s'étaient développés que depuis quelques heures seulement. Ayant fait ouvrir la bouche au malade, quel ne fut pas mon étonnement de voir toute la gorge dans un état que je ne puis mieux comparer qu'à celui qu'elle aurait sans doute présenté si elle eût été mise en contact pendant quelques instants avec de l'eau bouillante!

Ainsi, le voile du palais dans toute son étendue, le quart postérieur de la voûte palatine, les piliers, les parties voisines de la face interne des joues étaient légèrement tuméfiés et recouverts d'un nombre considérable de phlyctènes, qui masquaient en grande partie la couleur sous-jacente. Dans les intervalles, celle-ci apparaissait d'un rouge-sombre violacé. Les phlyctènes étaient, les unes séparées, discrètes, arrondies, ovalaires ou de formes irrégulières; d'autres, par leur réunion, formaient des zigzags, des courbes variées. Elles étaient surtout nombreuses, confluentes vers le tiers inférieur du voile du palais, sur la luette; plusieurs d'entre elles, placées sur le bord libre de ces organes, en déformaient les contours par leurs saillies; elles étaient pour la plupart blanchâtres avec un reflet nacré; quelques-unes légèrement jaunâtres, citrines, demi-transparentes. Au reste, leur aspect variait suivant l'angle d'incidence des rayons lumineux, et le liquide était si superficiellement placé, qu'il paraissait sous-épithélique. J'ajouterai que des ulcérations syphilitiques affectaient plusieurs parties de la gorge.

Un grand danger menaçait le malade; car tout me portait à soupçonner qu'il était atteint d'une angine laryngée œdémateuse à son début, et qui marchait très rapidement.

Les émissions sanguines, les vomitifs, les purgatifs, les vésicatoires sur le cou ne paraissaient pas devoir agir assez promptement sur une phlegmasie toute spéciale par son point de départ et par ses caractères propres; alors j'eus l'idée de promener à plusieurs reprises un pinceau imbibé d'une solution concentrée d'azotate d'argent sur toutes les parties affectées; je le poussai jusque sur l'épiglotte et sur les replis arythéno-épiglottiques; puis, immédiatement après, le malade commença l'usage de l'iodure de potassium à hautes doses.

La cautérisation fut renouvelée le soir. Dans la journée, les symptômes laryngés s'étaient notablement amendés. Le lendemain matin, le mieux était très sensible de ce côté; un grand nombre de phlyctènes avaient déjà disparu. Une troisième cautérisation fut pratiquée, et le troisième jour du traitement il ne restait plus trace de phlyctènes. Le malade se rétablit complétement.

Ainsi, l'inspection de la gorge, l'état phlycténoïde dans lequel j'ai trouvé cette région, m'ont guidé dans le traitement de cette angine, qui très probablement était une angine laryngée œdémateuse commençante. Et, en supposant que la suffocation fût survenue, je n'aurais pas hésité à tenter l'emploi de la déchirure ou des scarifications; car tout m'aurait porté à admettre que les phlyctènes que j'avais reconnues dans l'arrière-bouche avaient également envahi le sommet du larynx.

Séance du 26 *novembre* 1850. — Présidence de M. Bricheteau.

Correspondance manuscrite. — Érections morbides.

Un mémoire de M. Sistach, sous-aide à l'hôpital militaire de Perpignan, sur le traitement des érections génitales morbides par la compression du prépuce.

Scarifications du col de l'utérus.

Un mémoire sur les bons effets des scarifications du col de l'utérus dans les leucorrhées produites par les engorgements inflammatoires de cet organe.

Deux réclamations (Desanneaux et Robert-Latour) pour des rapports arriérés.

Déclaration de vacance.

M. Cornac demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Il demande que, d'après la proposition faite à l'Académie et adoptée par elle, il ne soit point nommé de commission de onze membres pour décider dans quelle section doit être déclarée la prochaine vacance. La section d'accouchement étant incomplète, la vacance doit être déclarée de droit dans cette section.

Une discussion s'engage sur cette question entre MM. Bégin, Gaultier de Claubry, Guibourt et Dubois; et, autant qu'il est permis d'en juger, cette discussion se termine par le renvoi de la proposition au conseil d'administration ou à un comité secret.

Varice anévrismale.

M. le professeur Roux lit un long travail sur l'anévrisme artérioso-veineux. Ce mémoire renferme cinq observations très intéressantes que nous ferons connaître plus tard, ainsi que les considérations dont l'auteur les accompagne. Nous nous bornerons aujourd'hui à reproduire les conclusions suivantes, par lesquelles M. Roux termine sa lecture.

Tels sont les faits relatifs à l'anévrisme artérioso-veineux, et particulièrement à la varice anévrismale, dont j'ai cru devoir présenter l'ensemble à l'Académie. Encore qu'ils ne forment pas un faisceau bien considérable, leur nombre n'est cependant pas à dédaigner quand on pense au nombre absolu si limité des faits de même ordre que la science possède; et peut-être m'est-il permis d'en déduire quelque enseignement, de les faire servir à quelques données générales.

Déjà ils confirment que si, rigoureusement, la varice anévrismale

peut être quelquefois spontanée, elle est bien plus souvent d'origine traumatique.

Ils confirment aussi que de toutes les causes traumatiques, celle qui la produit le plus ordinairement, c'est la saignée au pli du bras avec simple piqûre ou lésion plus étendue de l'artère brachiale; et qu'à cause de cela la varice anévrismale et l'anévrisme variqueux proprement dit se montrent bien plus fréquemment au bras que dans quelque autre région du corps que ce soit.

Ils m'autorisent à penser et à dire que la maladie est beaucoup plus fréquente au bras gauche qu'au bras droit, ce qui doit être pour le phlébotomiste un avertissement, et lui inspirer des précautions auxquelles on n'a peut-être pas assez songé jusqu'à présent.

Ces faits ne tendent-ils pas aussi à fortifier les chirurgiens dans l'opinion qui, du reste, tend à devenir de plus en plus prédominante, à savoir, que, si l'on doit entreprendre la guérison d'un anévrisme variqueux ou même d'une simple varice anévrismale par la ligature de l'artère qui verse le sang dans les veines, l'opération doit être pratiquée là même où est l'ouverture anastomotique, et non pas par ce qu'on nomme la méthode d'Anel ou de Hunter?

N'autorisent-ils pas enfin à penser qu'il peut y avoir de graves inconvénients à abandonner trop longtemps à lui-même l'anévrisme artérioso-veineux sous l'une ou sous l'autre de ces deux formes, et que, lorsqu'à raison de son siége il y a possibilité d'en entreprendre la guérison, l'opération à faire est plus simple et plus susceptible de réussir quand la maladie est récente que lorsqu'elle est ancienne?

— A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport sur les prix.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 *novembre* 1850. — Présidence de M. Duperrey.

Propagation des maladies vénériennes.

M. Lallemand lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Sandonville, sur les mesures administratives à prendre dans le but d'empêcher la propagation des maladies vénériennes. La commission pense que ces mesures sont conformes à celles qui ont été jusqu'à présent adoptées dans le même but, et qu'elles en seraient le complément.

Mode particulier d'altération de la matière séminale.

M. Lallemand lit un deuxième rapport sur la note de M. Demeaux, que nous avons publiée il y a quelque temps dans notre journal, et qui avait pour objet un mode d'altération de la matière séminale. La commission pense que les recherches sont d'une importance réelle sous bien des rapports, et propose d'adresser des remercîments à l'auteur. (Adopté.)

Transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière.

M. Brown-Séquard lit un mémoire sur la transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière.

Tout le monde admet aujourd'hui que la transmission des impressions reçues par une moitié latérale du corps s'opère en totalité par la moitié latérale correspondante de la moelle épinière.

L'auteur a trouvé, au contraire, que la transmission se fait principalement d'une manière croisée, c'est-à-dire que la moitié droite de la moelle transmet en très grande partie les impressions reçues par la moitié gauche du corps, et *vice versa*.

Par suite de l'opinion d'après laquelle la moelle épinière transmet les impressions en ligne directe, on a dû chercher ailleurs que dans cet organe la cause du croisement, de l'hémiplégie dans les maladies du cerveau, et l'on s'est efforcé de trouver cette cause dans l'un des entre-croisements que l'on voit à la moelle allongée, à la protubérance et au-devant d'elle, en démontrant que la majorité des fibres sensitives du tronc et des membres doivent s'entre-croiser dans toute la longueur de la moelle épinière elle-même. Les expériences de M. Brown-Séquard donnent une solution nouvelle au problème de l'hémiplégie croisée du sentiment.

Voici quels sont les faits principaux qui l'ont conduit à admettre l'existence d'un entre-croisement des fibres sensitives dans la moelle épinière. Après avoir coupée transversalement sur un mammifère une moitié latérale de la moelle épinière à la hauteur de la dixième vertèbre costale, M. Brown-Séquard a constaté : 1° que le membre postérieur du côté de la section de la moelle est non-seulement très sensible, mais qu'il paraît manifestement plus sensible qu'à l'état normal; 2° que le membre postérieur de l'autre côté est notablement moins sensible qu'à l'état normal.

Lorsqu'au lieu d'opérer l'hémisection de la moelle à la région costale, on la pratique au niveau de la troisième vertèbre cervicale, on trouve que les deux membres du côté de la section paraissent plus sensibles qu'à l'état normal, tandis que les deux autres le sont beaucoup moins.

Si l'on fait plusieurs sections complètes d'une même moitié latérale de la moelle, on trouve que la sensibilité subsiste inaltérée du côté coupé et qu'elle est presque nulle du côté opposé.

Pour s'expliquer l'hémiplégie croisée du sentiment dans les maladies du cerveau, on a supposé que les fibres sensitives des diverses parties du corps devaient s'entre-croiser dans les centres nerveux. On sait quel désaccord existe dans la science à l'égard du lieu où s'opérerait cet entre-croisement. Il résulte des recherches de M. Brown-Séquard que c'est surtout dans la moelle épinière que les fibres sensitives s'entre-croisent, et que s'il en existe qui, venues des membres, montent jusqu'à l'encéphale pour y faire leur entre-croisement, elles doivent être en petit nombre.

Emploi des douches froides contre le tempérament lymphatique.

M. le docteur Louis Fleury communique une note sur l'emploi des douches froides excitantes contre le tempérament lymphatique, la chlorose et l'anémie.

Nous reviendrons sur ce travail.

De l'exaltation de l'ouïe dans la paralysie du nerf facial.

M. H. Landouzy, professeur à l'Ecole de médecine de Reims, envoie un mémoire intitulé : *De l'exaltation de l'ouïe dans la paralysie du nerf facial.* L'auteur résume son mémoire dans les conclusions suivantes :

Sous le rapport pathologique,

1° L'exaltation de l'ouïe du côté paralysé est un symptôme presque constant de l'hémiplégie faciale indépendante de toute affection cérébrale ;

2° Cette exaltation paraît en même temps que l'hémiplégie et disparaît avant elle ;

3° Elle doit être attribuée à la paralysie du muscle interne du marteau ;

4° Elle indique que la lésion nerveuse n'est pas située au-dessous du premier coude de la septième paire ;

5° Elle peut exister en l'absence d'hémiplégie faciale ;

6° Qu'elle coïncide avec l'hémiplégie ou qu'elle en soit indépendante, elle disparaît spontanément, complétement, et dans l'espace de quinze jours à trois mois ;

7° Pour en constater l'existence, il est quelquefois nécessaire d'impressionner l'ouïe par un bruit d'autant plus intense qu'on s'éloigne davantage du début de l'affection ;

8° Un traitement spécial sera presque toujours inutile. Dans le cas où il deviendrait nécessaire, il consisterait à tamponner l'oreille du côté paralysé, et au besoin des deux côtés, pour diminuer l'action des ondes sonores; à diriger avec prudence quelques douches froides ou légèrement astringentes sur le tympan, et enfin à galvaniser le nerf facial ou la membrane du tympan. Dans le cas d'hémiplégie, le galvanisme agirait en même temps contre les deux maladies, et, dans le cas d'hypercousie indépendante, l'action électrique s'étendrait, par la connexion des deux nerfs, jusqu'à l'intermédiaire ;

9° Sous le rapport physiologique, cette hypercousie, dépendante ou indépendante de l'hémiplégie, paraît confirmer les inductions de M. le docteur Longet sur le nerf intermédiaire, qui devrait être considéré comme nerf moteur tympanique remplissant pour l'ouïe le rôle du nerf moteur oculaire commun pour la vue.

Traitement de la gale.

M. Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis, adresse une réclamation de priorité touchant le traitement de la gale, qui a fait l'objet de la dernière lecture de M. Bourguignon à l'Académie.

Sels d'argent.

M. le docteur Joseph Delioux, professeur de matière médicale à l'Ecole de médecine navale de Rochefort, envoie la première partie d'un travail chimique et thérapeutique sur les sels d'argent.

Choléra.

M. Durand, de Lunel, réclame la priorité de plusieurs des idées émises par M. Longet touchant le cholera

Syphilis.

En attendant la prochaine lecture d'un travail complet sur la transmission de la syphilis aux animaux, M. Auzias croit devoir annoncer que cette transmission est aujourd'hui prouvée, grâce au courageux dévouement de M. Robert de Welz, par l'inoculation du pus des animaux à l'homme. Il annonce aussi que les expériences sur les animaux prouvent qu'après un certain nombre d'inoculations faites l'animal se trouve à l'abri de toute contagion; il est ce que l'auteur appelle *syphilisé*. Ces faits confirmeraient cette observation faite depuis longtemps sur l'homme par M. de Castelnau, à savoir, qu'après un certain nombre d'infections primitives, les individus perdent pendant un temps plus ou moins long l'aptitude à contracter la syphilis.

Séance du 23 *novembre* 1850. — Présidence de M. Duperrey.

Faits pour servir à l'histoire du suc pancréatique.

M. Lassaigne adresse, sous ce titre, la note suivante :

« On sait, d'après les intéressantes recherches de MM. Bernard et Bareswil, que le suc pancréatique jouit de la propriété remarquable d'émulsionner les corps gras d'origine végétale et animale, et de les transformer en acides gras et en glycérine à la température de 38° centigrades. »

M. Bernard a bien voulu nous faire remettre une petite quantité de ce suc extrait du pancréas d'un chien de moyenne taille. Les expériences auxquelles nous l'avons soumis nous ont permis d'ajouter les faits suivants à ceux déjà connus des physiologistes :

1° L'action du suc pancréatique sur les huiles s'exerce même à la température de + 12° et à + 15° cent. en moins de quelques heures;

2° A la température de + 15°, le mélange de suc pancréatique et d'huile d'olives s'acidifie après un temps égal dans les vases qui le contiennent;

3° Cette acidification se produit dans divers gaz, tels que l'oxygène, l'hydrogène, l'azote et l'oxyde de carbone; l'air ne semble pas participer à cette singulière réaction, qui est peut-être due à une force de la même nature que celle désignée par Berzélius sous le nom de force cataleptique, et dont la chimie inorganique et organique offre des exemples;

4° Le suc pancréatique peut conserver son alcalinité faible et sa propriété d'agir sur l'huile pendant plusieurs jours;

5° Dans les conditions où l'huile est modifiée par le contact du suc pancréatique, le sucre et la gomme dissous dans ce fluide conservent leur neutralité, ce qui dénote l'action toute spéciale sur les corps gras.

Emploi de la racine de kat-endy dans les maladies de poitrine.

M. de Paravey adresse une note pour indiquer les propriétés curatives de la racine de kat-endy, apportée de Djeddah (Arabie) au Caire, et qui s'y vend pour les maladies de poitrine.

NOUVELLES ET VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Par décrets individuels, ont été nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur :

MM. Laguerre, médecin à Paris; Guillotin, médecin des épidémies de l'arrondissement de Montmédy; Panaget, chirurgien de la marine en retraite; Drappier, ancien chirurgien militaire; Souillère, ancien chirurgien-major de la garde impériale; D'Oueil, ancien chirurgien-major d'infanterie; Cavalier, ancien chirurgien-major d'infanterie; Labarthe, ancien chirurgien-major d'infanterie.

— Par décret en date du 25 novembre, la chaire de botanique de la Faculté de médecine de Montpellier est convertie en une chaire de botanique et d'histoire naturelle médicale. Il sera pourvu par la voie du concours à cette nouvelle chaire.

— M. le docteur Goffres, ancien professeur de pathologie chirurgicale au Val-de-Grâce et professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier, vient d'être nommé chirurgien en chef à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

— M. le docteur Daremberg vient d'être nommé bibliothécaire de la bibliothèque Mazarine. L'Académie de Médecine lui a accordé, comme récompense de sa bonne gestion, le titre de bibliothécaire honoraire, et a nommé bibliothécaire titulaire M. le docteur Ozanam.

— M. le docteur Desmarres vient de recevoir du roi de Suède et de Norvége la décoration de chevalier de l'ordre de l'Etoile polaire, en récompense de l'instruction spéciale qu'il a donnée à un grand nombre de médecins suédois pendant ces dernières années.

—La Faculté de médecine de Montpellier vient de faire une perte douloureuse dans la personne de M. le professeur Caizergues.

— Il y a, cette année, une augmentation assez sensible dans le chiffre des inscriptions à la Faculté de Médecine. Parmi les nouveaux inscrits, on compte un assez grand nombre d'étrangers, qui trouvent, comme on le sait, dans l'organisation de nos amphithéâtres et de nos établissements scientifiques, des moyens d'étude et d'instruction qu'on ne rencontre pas ailleurs.

Indépendamment des Etats de l'Europe, les pays qui fournissent le plus d'étudiants sont : les Etats-Unis, le Brésil, le Pérou, la Nouvelle-Grenade. On remarque en outre, parmi les élèves nouveaux, deux jeunes Persans de Meschéd; un jeune Havaais, neveu d'un ministre du roi des îles Sandwich; deux Abyssiniens de Gondar, et un jeune Arabe, fils d'un des principaux marabouts de la province de Constantine, qui possède la connaissance de la langue française et les éléments des sciences naturelles.

— M. Meunier, chirurgien sous-aide aux ambulances de la division de Constantine, est désigné pour l'hôpital de Lille.

M. Dautezac, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Lille, est désigné pour les ambulances de la division de Constantine.

— M. Barnit, pharmacien, a fait annoncer et a mis en vente un médicament auquel il a donné le nom de sel de Barnit. M. Chevallier, professeur à l'Ecole de pharmacie, commis à l'effet d'examiner ce sel, a reconnu que ce n'était rien autre que du tannate de zinc; or, le tannate de zinc n'est pas inscrit au Codex. En conséquence, M. Barnit a été traduit devant la police correctionnelle sous prévention de vente de remèdes secrets. Le tribunal l'a condamné à 100 fr. d'amende et aux frais.

— Le sieur Michel, pharmacien, a été condamné à 15 f. d'amende, d'une part, et 200 fr. de l'autre, pour avoir exercé la pharmacie dans un autre département que celui où il avait été reçu, et pour avoir vendu des remèdes secrets. Une discussion s'est élevée sur ce qu'on devait entendre par remèdes secrets. Le tribunal a adopté le principe énoncé par M. le directeur de l'Ecole de pharmacie, entendu comme témoin, à savoir, qu'on doit entendre par remèdes secrets toutes les combinaisons médicinales qui ne sont pas prévues par le Codex ni achetées par le gouvernement.

— Une fatale erreur vient encore d'avoir pour résultat une mort qui a été presque instantanée. Marie Fleur, jeune enfant de huit ans était indisposée, et le médecin avait ordonné comme médicament l'huile de ricin. La potion avait été commandée chez le sieur Ravault, pharmacien, rue Folie-Méricourt.

Malheureusement, le même jour, une fiole de laudanum avait été demandée à la même pharmacie. Lorsqu'on vint chercher la potion destinée à la jeune Marie, le garçon pharmacien remit, au lieu de l'huile de ricin, le flacon de laudanum. Le malheureux père de Marie, conformément aux ordres du médecin, versa le contenu de la fiole dans une tasse de bouillon aux herbes, et administra lui-même à son enfant le fatal breuvage.

Des signes certains d'empoisonnement ne tardèrent pas à se manifester; les secours, presque immédiatement prodigués, furent inutiles, car l'enfant succomba après quelques heures de souffrance.

M. le procureur de la République, informé de ces faits, a requis des poursuites contre le sieur Ravault et contre son élève.

Il est résulté des débats que le sieur Ravault n'est pas reçu pharmacien, et qu'ainsi il n'a pas le droit de tenir officine; de plus, son commis, le sieur Maurice Geordant, au mépris des règlements, n'est pas inscrit sur la liste des élèves en pharmacie.

L'organe du ministère public a requis contre les prévenus une application sévère de la loi.

Le tribunal, faisant à Geordant application de l'article 319 du Code pénal, pour le fait d'homicide par imprudence, l'a condamné à quatre mois de prison et à 50 fr. d'amende.

Le sieur Ravault, par application de l'article 1383 du Code civil, comme civilement responsable de son élève, des articles 1er de la loi du 19 juillet 1845 et 11 de l'ordonnance du 29 octobre 1846, a été condamné à six jours de prison et à 2,000 fr. d'amende.

Le sieur Ravault aura, en outre, à répondre plus tard à la prévention d'avoir tenu une pharmacie sans être muni d'un diplôme de pharmacien.

— Encore un heureux effet des quarantaines pour les relations internationales. On écrit de Naples, à la date du 10 novembre :

« Sur les réclamations du commerce, appuyées par les légations, l'intendance sanitaire vient enfin de réduire à une observation d'un jour ou deux les provenances venant de Marseille de Gênes, de Livourne et de Civita-Vecchia.

» Mais de l'autre côté de la péninsule, sur le littoral des Abruzzes, de Capitanate, des provinces de Bari et des Calabres, le cordon de troupes n'est pas diminué. Au contraire, les îles Ioniennes sont tellement infectées du choléra, que cette mesure rigoureuse est généralement approuvée. »

Paris. — Typographie Plon frères, rue de Vaugirard, 36.